**バリアフリー改修工事に伴う**

**固定資産税減額申告書**

令和　　　年　　　月　　　日

桜川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申　告　者

　　　　　　　　　　　　　　　　（納税義務者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

地方税法附則第15条の9第4項又は第5項に規定する固定資産税の減額（高齢者等居住改修住宅等）に必要

な事項について、桜川市税条例附則第10条の3第7項の規定に基づき申告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家屋の内訳 | 所在・地番 | | 桜川市 | | | | | | 家屋番号 |  |
| 種類（用途） | |  | | 構　　造 | 造 | | | 持家の種類 | □ 一戸建  □ アパ－ト |
| 床　面　積 | | ．　　㎡ | | | 居住用床面積 | | | ．　　㎡ | |
| 建築年月日 | | 年　　月　　日 | | 登記年月日 | 年　　月　　日 | | | 改修工事  完了年月日 | 年　　月　　日 |
| バリアフリー改修工事費用 | | 全体工事費用　　　　　　　　　　円（バリアフリー改修工事以外の工事を含む）  バリアフリー改修工事費用　　　　　　　　　　円－給付・補助金額　　　　　　　　　　円  ＝自己負担額　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| **【改修工事完了日から３ヶ月以内に申告書を提出できなかった理由】**  ※工事完了日から3ヶ月以内に申告書を提出できなかった場合のみ記入 | | | | | | | | | | |
| 改修工事を  必要とした方 | | 氏　　名  （生年月日） | | （　　　　年　　月　　日） | | | 該当する区分 | □ 65歳以上の高齢者　　□障害者  □ 要介護，要支援認定者 | | |
| 住　所 | |  | | | | | | |
| **世帯区分等状況確認**  　本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を  税務課が各業務担当課へ照会することに  同意します　　・　　同意しません   * 該当するものを○で囲んでください。同意されない場合、審査を行う上で添付書類以外の書類が必要となった際、   その都度提出していただくことになります。 | | | | | | | | | | |
| 添付書類  ○　納税義務者の住民票の写し  　○　改修工事に係る明細書（当該改修工事の内容及び費用の確認ができるもの）  　○　改修工事箇所の図面及び改修前後の写真  ○　領収書（改修工事費用を支払ったことを確認することができるもの）  　○　住宅改造補助金交付及び介護保険給付金の決定（確定）通知書等の写し  　○　該当する区分に応じた書類  　　・　65歳以上の高齢者　……………　住民票の写し  　　・　要介護及び要支援認定者　………　介護保険の被保険者証の写し  ・　障害者　……………………………　身体障害者手帳，精神障害者保健福祉手帳等の写し | | | | | | | | | | |