



住宅のバリアフリー改修に係る固定資産税減額申告書

年 月 日

(あて先) 下松市長

申告者
(納税義務者)

住所 _____

ふりがな _____

氏名 _____

電話番号 (_____) - _____

下記の物件について、地方税法附則第15条の9第4項、5項の規定に基づく減額を受けるため、下松市税条例附則第10条の3第8項の規定に基づき申告します。

なお、本申告書の記載内容を確認するため、介護保険給付及び助成(補助)制度の利用状況等を固定資産税担当課が各業務担当課へ照会することに同意します。

家 屋 の 内 容	家屋の所在	下松市		家屋番号	(_____) <input type="checkbox"/> 未登記	
	種類	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅 <input type="checkbox"/> マンション		床面積	_____ . _____ m ²	
	構造			居住用床面積	_____ . _____ m ²	
	登記年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	※未登記の場合不要	建築年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
	改修内容					
	改修完了年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
バリアフリー改修費用		_____ 円	給付・補助金額	_____ 円		
居 住 者 要 件	氏名	_____		住 所	_____	
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	該当する区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者 <input type="checkbox"/> 障害者				
(改修完了日から3カ月以内に申告書を提出できなかった理由)						