

バリアフリー改修工事に伴う 固定資産税減額申告書

平成 年 月 日

上富田町長 様

申告者 (納税義務者)	住所(所在)
	フリガナ 氏名(名称) 印
	電話 () -
代理人	住所
	フリガナ 氏名 印
	電話 () -

地方税法附則第16条第13項の規定に基づき、次の家屋に係るバリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用について、事実を証する書類を添えて申告します。

家屋の内訳	所在・地番			家屋番号		
	種類(用途)		構造	持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション	
	床面積	. m ²		居住用床面積	. m ²	
	建築年月日	. .	登記年月日	. .	改修工事 完了年月日	. .
	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_____円ー給付・補助金額_____円 =自己負担額_____円				

【3ヶ月以内に提出できなかった理由】 ※工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。

必要と した 工事 の方 を	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	該当する区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 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 ・ 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。

☆下記処理欄は記入する必要がありません。

処 理 欄	【受付時確認】	受 付 印	処 理 日	
	<input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である <input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない <input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている		平成 年 月 日	
			担当者	確認者

* 添付書類及び記入方法については、裏面に記載しております。

家屋の要件

- 平成 19 年 1 月 1 日以前に建築された住宅（賃貸住宅は除く）
- 次のいずれかの方が居住（住民登録）する既存の住宅であること
 - ① 65 歳以上の方 ② 要介護及び要支援認定者の方 ③ 障害者の方
- 高齢者等の居住の安全、介助の容易性向上の為の次のいずれかの改修工事
 - ① 廊下の拡幅 ② 階段の勾配緩和 ③ 浴室改良 ④ 便所改良 ⑤ 手すりの取付け
 - ⑥ 床の段差解消 ⑦ 引き戸への取替え ⑧ 床表面の滑り止め化
- 補助金等を除く工事費の自己負担金が 30 万円以上
- 工事完了期間は、平成 19 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日まで
 - ※ 「新築軽減」「住宅耐震改修に伴う減額」と同時に減額されません。
 - ※ この減額措置は、1 戸につき 1 回限りの適用となります。
 - ※ 減額される額は、改修した住宅の床面積 100 m²分の固定資産税額の 3 分の 1
- 減額を希望する対象住宅の所有者は、原則として工事完了後 3 ヶ月以内に町税務課課税グループへ申請して下さい。

添付書類（地方税法施行規則附則第 7 条第 7 項の規定に基づく書類）

- 納税義務者の住民票の写し
- 平面図及び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）
- 着工前及び完成後が確認できる写真（日付が入ったもの）
- 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）
- 住宅改造費助成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 歳以上の方 …………… 住民票の写し
 - ・ 要介護及び要支援認定者の方 …… 介護保険の被保険者証の写し
 - ・ 障害者の方 …………… 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し

記入方法

- 1 申告者（納税義務者）の欄には、バリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用を受ける家屋の納税義務者の住所または所在及び氏名または名称及び電話番号を記入し、押印して下さい。
- 2 代理人の欄には、納税義務者が法人の場合は法人を代表して申告する人、その他の代理人の場合はその代理人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印して下さい。
なお、法人又は代理人の場合は、納税義務者からの委任状を添付して下さい。
- 3 家屋の内訳欄には、所在・地番・家屋番号・種類(用途)・構造・持家の種類・床面積・居住用床面積・建築年月日・登記年月日・改修工事完了年月日・改修工事費用をそれぞれ記入して下さい。

※記入例

家屋の内訳	所在・地番	上富田町朝来 7 6 3 番 1			家屋番号	◇-□□
	種類(用途)	専用住宅	構造	木造	持家の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション
	床面積	115.50m ²		居住用床面積	115.50m ²	
	建築年月日	S56.12.20	登記年月日	S56.12.25	改修工事完了年月日	H19.4.10
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用 <u>1,500,000</u> 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 <u>1,200,000</u> 円 - 給付・補助金額 <u>780,000</u> 円 = 自己負担額 <u>420,000</u> 円				

- 4 改修工事を必要とした方の欄には、申告要件を満たす方(改修工事完了後の 1 月 1 日において 65 歳以上の者、要介護又は要支援の認定を受けている者、障害者等)の氏名・該当する区分・住所をそれぞれ記入して下さい。

※記入例

必要と改修した工事の方	氏名 (生年月日)	上富田 太郎 (昭和 17 年 1 月 1 日)	該当する区分	<input checked="" type="checkbox"/> 65 歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定者
	住所	上富田町朝来 7 6 3 番地の 1		

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

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。