

バリアフリー改修固定資産税減額申請書

平成 年 月 日

五所川原市長 殿

住 所 _____

(納税義務者)氏 名 _____ 印

下記の物件について地方税法附則第16条第11項の規定に基づく固定資産税の減額を受けるため、市税条例附則第10条の2第6項の規定に基づき申請します。

改修工事を必要とした者	氏 名 (生年月日)	(年 月 日)	該当区分	65歳以上の者 障害者 要介護、要支援認定者
	住 所			
家屋の明細	家屋の所在	五所川原市		
	種類(用途)		構 造	
	床 面 積	. m ²	居住用床面積	. m ²
	登記年月日	年 月 日	家屋番号	
	建築年月日	年 月 日	改修工事完了日	年 月 日
バリアフリー改修工事の明細	改修工事の内容	廊下の拡幅	階段の勾配の緩和	浴室の改良
		便所の改良	手すりの取付け	床の段差の解消
		引き戸への取替え	床表面の塗り止め化	その他()
	改修工事費用	全体工事費		円
バリアフリー改修工事			円	
補助金等			円	
自己負担額(30万円以上に限る)		-	円	
バリアフリー改修完了後、3ヶ月以内に申請書を提出できなかった場合は理由を記入				

【添付書類】	減額対象面積
1. () 要介護認定等を受けている者の場合・・・被保険者証の写し () 障害者の場合・・・障害者であることを証する書類の写し	m ²
2. () 居宅介護住宅改修費の給付又は介護予防住宅改修費の給付を受ける場合・・・居宅介護住宅改修費の給付決定又は介護予防住宅改修費に係る給付決定を受けたことを確認することができる書類 () 補助金等の交付・・・当該補助金等の交付決定を確認することができる書類	受 付 印
3. バリアフリー改修を確認できる写真	
4. バリアフリー改修工事に要した費用を証する書類の写し(領収書等)	

太枠内をご記入ください。