

高齢者等居住改修住宅等に係る固定資産税減額申告書

年 月 日

稲美町長 様

納税義務者 (申告者) 住所 _____
 氏名 _____ (※)
 個人番号 _____
 電話 _____

(※) 納税義務者 (申告者) が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記の住宅に対する固定資産税を減額されたく、稲美町税条例附則第 10 条の第 項の規定により申告します。

家 屋 の 内 容

所在地	稲美町		
家屋番号			
家屋の種類 及び床面積	専用住宅 (区分所有含む)	併用住宅	減額適用床面積
	m ²	(住宅部分 m ²)	m ²
建築年月日	年 月 日 建築		
登記年月日	年 月 日 登記		
改修完了年月日	年 月 日 完了		
工 事 内 容	<input type="checkbox"/> 廊下の拡幅	<input type="checkbox"/> 階段の勾配緩和	<input type="checkbox"/> 浴室の改良
	<input type="checkbox"/> 便所の改良	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け	<input type="checkbox"/> 床の段差解消
	<input type="checkbox"/> 引き戸への取替え	<input type="checkbox"/> 床の滑り止め化	
改 修 費 用	①総額	②補助金等	③差引金額 (①-②)
	円	円	円 (1戸あたり50万円超のものが対象)
居住者の状況 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 障がい者	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	等 級 等		
備 考	改修後3カ月を過ぎでの申告となる場合、その理由を記入してください。		

申告にあたり、改修内容、補填された額について、税務課が健康福祉課等の保有している住宅改修費助成事業の資料を閲覧することに同意します。

審 査 結 果	※受理 地方税法附則第 15 条の 第 項に該当 ※却下
備 考	

注) 太線内のみ記入してください。

所有者宛名番号	WL入力