

高齢者等居住(バリアフリー)改修住宅等に対する固定資産税の減額申告書

令和 年 月 日

胎内市長様

住所
申告者 氏名(名称)
(納税義務者)
電話 ()

地方税法附則第15条の9第4項又は同条第5項に規定する高齢者等居住(バリアフリー)改修住宅等に対する減額措置の適用を受けたいので、胎内市税条例附則第9条の3第8項の規定に基づき申告します。

所在	胎内市	家屋番号	
構造	<input type="checkbox"/> 木造 ・ <input type="checkbox"/> 非木造 ()		階建
種類(用途)	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅 <input type="checkbox"/> 共同住宅	持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション
延床面積	m ²	人の居住の用に供する部分の床面積	m ²
建築年月日(登記年月日)	年 月 日	改修工事完了年月日(バリアフリー改修工事)	年 月 日
居住安全改修工事費用(バリアフリー改修工事)	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) 改修工事費用 円-給付・補助金額 円=自己負担額 円 (バリアフリー)		
改修工事完了後3ヶ月以内に申告書を提出できなかった理由			
地方税法施行令附則第12条第23項に該当する者(改修工事を必要とした方)	住所	氏名	生年月日 年 月 日
	該当区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 ・ <input type="checkbox"/> 要介護認定 ・ <input type="checkbox"/> 要支援認定 ・ <input type="checkbox"/> 障がい者	
【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・介護保険給付及び補助金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「 <input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません 」。 ※ どちらかにチェックを入れてください。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、そのつど提出していただくことになります。			

※ 添付書類及び記入方法については、裏面に記載してあります。

添付書類（地方税法施行規則附則第7条第8項に基づく書類）

- 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）

※ 上記書類については、建築士又は登録住宅性能評価機関等が発行する証明を添付することで代えることができます。

- 補助金等の写し
- 該当する区分に応じた書類の写し
 - ・ 要介護及び要支援認定者 …… 介護保険の被保険者証
 - ・ 障がい者 …………… 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳等

記入方法

1. 申告者（納税義務者）の欄には、居住安全（バリアフリー）改修工事に対する減額措置の適用を受ける納税義務者の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。
2. 家屋の内訳欄には、所在・地番・家屋番号・構造・種類（用途）・持家の種類・延床面積・人の居住の用に供する部分の床面積・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ください。

※ 記入例

所 在	胎内市△△町□□番地		家屋番号	〇〇-△△
構 造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 ・ <input type="checkbox"/> 非木造（			2 階建
種 類（用途）	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅	<input type="checkbox"/> 併用住宅	<input type="checkbox"/> 共同住宅	持家の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション
延 床 面 積	115.93 m ²	人の居住の用に供する部分の床面積	115.93 m ²	
建 築 年 月 日 (登記年月日)	平成 12 年 12 月 20 日	改修工事完了年月日 (バリアフリー改修工事)	令和 5 年 4 月 10 日	
居 住 安 全 改 修 工 事 費 用 (バリアフリー改修工事)	全体工事費用 1,500,000 円(バリアフリー改修工事以外の工事を含む)			
	改修工事費用 (バリアフリー)	1,200,000 円-給付・補助金額	520,000 円=自己負担額	680,000 円

3. 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、障がい者等）の住所・氏名・生年月日・該当区分をそれぞれ記入してください。

※ 記入例

地方税法施行令 附則第12条第 23項に該当する 者（改修工事を 必要とした方）	住 所	胎内市△△町□□番〇〇号		
	氏 名	胎 内 太 郎	生年月日	昭和 23 年 1 月 1 日
	該当区分	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 ・ <input type="checkbox"/> 要介護認定 ・ <input type="checkbox"/> 要支援認定 ・ <input type="checkbox"/> 障がい者		

【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・介護保険給付及び補助金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」。

※ どちらかにチェックを入れてください。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、そのつど提出していただくことになります。