受付印

◎ ※印欄は記入しないでください。

住宅のバリアフリー改修に伴う固定資産税（家屋）減額申告書

高砂市長　様

令和　　年　　月　　日 提出

申　告　者（納税義務者）　住所

氏名

電話

高砂市新築の住宅等に対して課する固定資産税軽減に関する条例第3条第6項の規定に基づき、固定資産税（家屋）の減額を申告します。

家　屋　の　内　容			
所　在　地	高砂市		
家屋番号			
家屋の種類並びに床面積	専用住宅（区分所有含む）	併用住宅	※　減額適用床面積
	㎡	㎡（住宅部分　㎡）	※　㎡
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	□ 廊下の拡幅 □ 浴室の改良 □ 手すりの取付け □ 引き戸への取替え	□ 階段の勾配緩和 □ 便所の改良 □ 床の段差解消 □ 床表面の滑り止め化	
改修費用	総額　円	うち補助金等で補填された額　円	
減額要件を満たす人の氏名・区分	要件を満たす人の氏名	区分	□ 65歳以上 年　月　日生（　歳） □ 要介護・要支援認定　□ 障がい者 要介護度（　）（　級）
備　考	改修後3か月を過ぎての申告となる場合、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、課税課が介護保険課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 ・ 同意しません ）。

審査結果	※ **受理**　地方税法附則第15条の9第4項・第5項 に該当　※ **却下**
備　考	※

受付者	証明書確認	台帳入力
※	※	※