

# バリアフリー改修住宅に対する固定資産税減額申告書

平成 年 月 日

登別市長 様

所有者 (納税義務者)	住 所
	フリガナ
	氏名又は名称 <span style="float: right;">⑩</span>
	電 話

登別市税条例附則第10条の3第7項の規定により、次のとおり申告いたします。

家 屋 の 所 在	登別市	町	丁目	番地
家 屋 番 号		種 類		
床 面 積		居住の用に供する床面積		
建築年月日	年 月 日	登記年月日	年 月 日	*未登記の場合記入不要
居住者要件の別	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けた者 <input type="checkbox"/> 障がい者			
要件該当者の氏名	(住所は、家屋所在地と同じ)			
改修工事完了年月日	年 月 日			
改 修 費 用	_____ 円 (全体の額) うち対象費用 _____ 円			
補助金等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は下記に補助金等の名称及び金額を記入。 補助金等の名称 _____ 補助金等金額 _____ 円			
改修工事が完了した日から3月以内に申告書を提出できなかった理由	*改修工事完了日から3月以内の申告の場合記入不要			
備 考				

添付書類 介護保険被保険者証(裏面に要介護、要支援と記載されたものに限る)の写し、障害者手帳等の写し、工事明細書の写し、改修工事後の写真、領収書、その他補助金等の明細の写し

※ 以下は、記入しないでください。

確 認 事 項	① 要件該当者が入居している	該当	・ 非該当	判定結果		
	② 新築された日から10年を経過した住宅	該当	・ 非該当			
	③ 工事内容、工事費用、領収書など	該当	・ 非該当			
	④ 工事完了日	該当	・ 非該当			
	⑤ 期限後申告の理由	妥当	・ 不当			
	⑥ 介護保険等補助制度利用確認	確認済	・ 未確認			
	⑦ 家屋調査日 平成 年 月 日 (調査員 _____)					
	⑧ その他					
減額年度	減額固定資産税額	決 裁	年月日	総括主幹	主 査	担当員
平成 年度	×1/3= _____ 円		年 月 日			