

バリアフリー改修工事に伴う固定資産税の減額申告書

年 月 日

大村市長 様

申告者 住所
 (納税義務者) 氏名 (名称) 印
 個人番号 (法人番号)
 電話

次のとおり大村市税条例附則第 10 項の 36 の規定により申告します。

なお、本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯状況・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を各業務担当課に照会することに同意します。

家屋の明細	所在地	大村市		
	種類	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅 <input type="checkbox"/> マンション		
	建築年月日	年 月 日	構造	造
	登記年月日	年 月 日	家屋番号	
	床面積	m ²	居住用床面積	m ²
改修工事完了日	年 月 日			
改修工事を必要とした方	住所	大村市		
	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	該当区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定者 <input type="checkbox"/> 障害者
改修工事費用	改修工事に要した費用① 円	補助金等② 円	自己負担額①－② 円	
【3か月以内に提出できなかった理由】※工事完了日から3か月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。				

添付書類

- ・改修工事に係る明細書の写し（工事の内容及び費用の確認できるもの）
- ・改修工事箇所の図面・写真（改修前・改修後）
- ・領収書の写し
- ・補助金・介護保険給付等の決定通知書の写し