

## バリアフリー改修工事に係る 固定資産税減額申告書

年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

申告者 住所(所在地) \_\_\_\_\_  
 (納税義務者) 氏名(名称) \_\_\_\_\_  
 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 個人番号又は法人番号 \_\_\_\_\_

地方税法附則第 15 条の 9 第 4 項及び第 5 項の規定に基づき、バリアフリー改修工事に係る減額措置の適用を受けたいので、所沢市税条例附則第 10 条の 4 第 8 項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、世帯区分、現住所、介護保険給付及び助成制度の利用状況等の確認を行うことに同意します。

所在地番	所沢市			家屋番号	
種類(用途)		構造		持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 分譲マンション( 号室)
家屋の床面積	居住部分の床面積 m <sup>2</sup>		その他部分の床面積 m <sup>2</sup>		合計 m <sup>2</sup>
建築年月日	年 月 日	登記年月日	年 月 日	改修終了年月日	年 月 日
バリアフリー改修工事に要した費用	全体工事費(バリアフリー改修工事以外の工事費も含む。)				円
	バリアフリー改修工事費用(A) ※ 万円超が対象				円
	給付及び補助金額(B)				円
	自己負担額(A-B)				円
改修区分	<input type="checkbox"/> 廊下の拡張 <input type="checkbox"/> 階段の勾配緩和 <input type="checkbox"/> 浴室の改良 <input type="checkbox"/> トイレの改良 <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"/> 床表面の滑止め化				
改修工事を必要とした方	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
	該当区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 要介護又は要支援認定者			
備考	※改修工事が完了した日から3か月以内に、この申告書を提出できなかった場合には、その理由を記入してください。				