

住宅バリアフリー改修固定資産税減額申告書

令和 年 月 日

岩 沼 市 長 殿

住所

フリガナ

申告者氏名

電話

地方税法附則第15条の9第4項又は同条第5項に規定する固定資産税の減額の適用について、岩沼市市税条例附則第10条の3第8項の規定に基づき、下記のとおり申告します。

記

納税義務者	住 所								
	フリガナ 氏 名			電話					
	個人番号・法人番号								
減額対象家屋	所 在 地 (地 番)	岩沼市							
	家屋番号			用 途					
	構 造								
	床面積	m ²		人の居住の用に共する部分の床面積	m ²				
	建築年月日	年 月 日		登記年月日	年 月 日				
	バリアフリー改修工事完了年月日	年 月 日		バリアフリー改修工事に要した費用	円				
該当項目を○で囲んで下さい。		①65歳以上の方 ②要介護・要支援認定者 ③障がい者							
地方税法施行令附則第12条第23項に掲げる者に該当する者 (①,②又は③に該当する方)		住所							
		氏名							
3か月以内に提出できなかった理由	※工事完了から3か月以内に提出できなかった場合のみ記入願います。								
添付書類	申告内容に関し、税務課が担当課へ照会することに同意します [署名]								
	※岩沼市に住民登録があり、上記に同意される方は必要ございません								
						☐ 納税義務者の住民票の写し			
						☐ 該当項目が①の場合その方の住民票の写し			
						☐ 該当項目が②の場合介護保険被保険者証の写し			
						☐ 該当項目が③の場合身体障害者手帳等の写し			
						☐ 改修に要した費用を証する書類(契約書・領収書)			
						☐ 補助金等の交付を確認できる書類(補助金等を受けた方のみ)			
☐ 工事前・工事後の日付入り写真									
☐ 工事内訳書(見積明細書)									