**バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額申請書**

年　　月　　日

揖斐川町長　あて

申請者（納税義務者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏名又は名称 | ㊞ |
| 電話番号 |  |
|  |  |
| 個人番号又は法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

地方税法附則第15条第4項から第8項の改修工事（バリアフリー改修工事）を行いましたので、次のとおり申告します。

なお、本申告書記載の内容を調査するにあたり、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を各業務担当課へ照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家屋の所在 | 揖斐川町 | 家屋番号 |  |
| 家屋の種類 | ア　専用住宅　　イ　併用住宅　　ウ　共同住宅　　エ　その他（　　　　　　　） |
| 家屋の構造 | ア　木造　　イ　鉄骨造　　ウ　軽量鉄骨造　　エ　その他（　　　　　　　　　） |
| 家屋の階数 | 地上　　　　階　　　　地下　　　　階 |
| 家屋の床面積 | １階　　　　　　　㎡　　１階以外　　　　　　　㎡　　合計　　　　　　　㎡ |
| 居宅部分の床面積　　　　　　　㎡　　その他の部分の床面積　　　　　　　㎡ |
| 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の種類 | □廊下の拡幅　　□階段の勾配緩和　　□浴室の改良　　□床表面の滑り止め化□手すりの設置　　□床の段差解消　　□引き戸への取替え　　□便所の改良 |
| 居住する高齢者等 | ア　65歳以上の者　　イ　要介護認定又は要支援認定を受けている者　　ウ　障がい者（　　級） |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日（　　歳） |
| 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費等 | 改修工事費総額　　　　　　(Ａ) | 円 |
| 地方公共団体からの補助金等の額 | 円 |
| 居宅介護住宅改修費の額 | 円 |
| 介護予防住宅改修費の額 | 円 |
| 補助金等の総額　　　　　　(Ｂ) | 円 |
| 自己負担額　　　　　　(Ａ－Ｂ) | 円 |
| バリアフリー改修工事完了後3ヶ月以内に申告できなかった理由 |

※　「個人番号又は法人番号」欄に個人番号を記載する場合には、左側を１文字空けて記載してください。

添付書類

ア　65歳以上の者である場合、その者の住民票の写し

イ　要介護認定等を受けている者である場合、被保険者証の写し

ウ　障がい者の場合、障がい者であることを証する書類の写し

エ　改修工事に係る明細書、写真、領収書等

オ　補助金等の交付又は給付を受けた場合、その交付決定又は給付決定を受けたことを確認できる書類