|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住宅のバリアフリー改修に伴う固定資産税減額規定の適用申告書 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和     年     月     日 | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）入間市長 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 納税義務者  住(居)所  (所在地) | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | |
| 氏名（名称） | | | |  | | | |
| 個人番号又は法人番号 | | | |  | | | |
|  | | | | （TEL.     －　     －　     ） | | | |
| 次のとおり固定資産税の減額規定の適用を受けたいので、入間市税条例附則第１０条の３第７項の規定により申告します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 家屋の所在 | | |  | | | | | | | | | 家 屋 番 号 |  |
| 種 類 | |  | | | 延べ床面積 | | ㎡ | | | | | 建築年月日 | 年　　月　　日 |
| 構 造 | |  | | | 居住用部分面積 | | ㎡  （１／２以上であること） | | | | | 登記年月日 | 年　　月　　日 |
| 改修完了  年月日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | 居 住 者 の 状 況 | | | 住所 | | |
| バリアフリー改修に要した費用 | ①総　　額　　　　　　　　　 円 | | | | | | | 氏名 | | |
| ②補助金等　　　　　　　　　 円 | | | | | | | 生年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 該当する番号を○で囲んでください。（いずれかに該当すること）  １　６５歳以上の者  ２　要介護認定又は要支援認定を受けている方  ３　障がいのある方 | | |
| ③差引金額   1. ②）　　　　　　　　　　円   (50万円超かかったものが対象) | | | | | | |
| 改修工事が完了した日から３か月以内に申告書を提出できなかった場合、その理由 | | | | | | | | |  | | | | |

※　添付書類

１　住民票の写し

２　工事明細書の写し

３　領収証の写し

４　改修箇所の図面・工事写真（改修前・改修後）

５　補助金決定通知書の写し（補助金交付者）

６　介護保険被保険者証の写し（要介護認定又は要支援認定を受けている方）

７　障がい者手帳の写し等（障がいのある方）

〔担当者記入欄〕

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当課 | 補助の種類 | 補助の有無 | 有の場合その金額 | 確　認　日 | 確認印 |
| 介護  保険課 | 介護保険住宅改修費支給 | 無 ・ 有 | 円 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| 障害者  支援課 | 日常生活用具給付事業 | 無 ・ 有 | 円 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| 重度身体障害者居宅改善費補助 | 無 ・ 有 | 円 | 令和　　年　　月　　日 |  |