

受付印

バリアフリー改修に係る固定資産税減額申告書

令和 年 月 日

竹原市長様

申告者(納税義務者)

住所 _____

氏名 _____

電話番号 () - _____

個人番号又は法人番号 _____

地方税法附則第15条の9第4項・第5項の適用を受けたいので竹原市税条例附則第7条の3第8項の規定により申告します。

申告 家屋 の 明 細	所在地	竹原市		
	家屋番号		種類	
	構造	造 葺 階建		
	延床面積	m ²	居住部分 床面積	m ²
	建築年月日	年	月	日
	登記年月日	年	月	日
	改修工事 完了日	平成・令和	年	月 日
バリアフリー 改修工事費用	①改修に要した費用 円	②改修に伴う補助金等 円	③差引金額(①-②) 円	
該当要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けている者 <input type="checkbox"/> 障害者			
該当者住所				
該当者氏名				
備考	(バリアフリー改修完了後3ヶ月以内に申告書を提出できなかった場合は、その理由を記載してください。)			

<添付書類>

- ①平面図及び工事明細書(建築士・登録性能評価機関等による証明で代替可)
- ②改修費用が確認できる書類(領収書等の実際に支払った金額がわかる書類で、なおかつバリアフリー改修に要した費用が明記されたもの)
- ③着工前及び完成後が確認できる写真(日付が入ったもの)
- ④要介護認定又は要支援認定を受けている人・障害のある人が居住している住宅の場合は、各種手帳の写し
- ⑤補助金等の明細書

同意書

私は、税務課がバリアフリー改修に係る固定資産税減額申告書の内容を審査するに
当たり、私及び居住要件該当者の現住所、生年月日、居宅介護（介護予防）住宅改修
費支給事業及び竹原市重度障害者等日常生活用具給付事業の利用状況を各業務担当
課へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)