

# バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額申告書

令和 年 月 日

貝塚市長様

住所(所在)  
〒  
申告者 氏名(名称)  
(納税義務者) 個人番号  
電話 ( ) -

地方税法附則第15条の9第4項及び第5項の規定の適用を受けるため、貝塚市市税条例附則第17条第9項の規定により、下記のとおり申告します。

|       |              |   |        |   |
|-------|--------------|---|--------|---|
| 家屋の内訳 | 所在・地番        |   | 家屋番号   |   |
|       | 種類(用途)       |   | 構造     | 持家の種類<br><input type="checkbox"/> 一戸建<br><input type="checkbox"/> マンション |
|       | 床面積          | . m <sup>2</sup>  | 居住用床面積 | . m <sup>2</sup>  |
|       | 建築年月日        | . .   | 登記年月日  | . .   |
|       | バリアフリー改修工事費用 | バリアフリー改修工事費用 _____ 円 - 給付・補助金額 _____ 円<br>= 自己負担額 _____ 円 |        |   |

【3ヶ月以内に提出できなかった理由】 ※工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|        |          |          |        |  |
|--------|----------|----------|--------|--|
| 必要としたか | 氏名(生年月日) | ( 年 月 日) | 該当する区分 | <input type="checkbox"/> 65歳以上のかた<br><input type="checkbox"/> 障害のあるかた<br><input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定のかた |
|        | 住所       |          |        |  |

## 世帯区分等状況確認

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を課税課が各業務担当課へ照会することに

同意します ・ 同意しません

※ 該当するものを○で囲んでください。同意されない場合、審査を行う上で添付書類以外の書類が必要となった際、その都度提出していただくこととなります。

☆下記処理欄は記入する必要がありません。

|     |   |     |          |     |
|-----|---|-----|----------|-----|
| 処理欄 | 【受付時確認】<br><input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である<br><input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない<br><input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている | 受付印 | 処理日      |     |
|     |   |     | 令和 年 月 日 |     |
|     |   |     | 担当者      | 確認者 |
|     |   |     |          |     |