

バリアフリー改修に伴う固定資産税減額申告書

年 月 日

島本町長様

(納税義務者)

住所

氏名または名称

電話番号

島本町税条例附則第15条の3第3項の規定により令和 年度の固定資産税の減額を下記のとおり申告します。

申告物件（賃貸住宅を除く）

所在地 島本町

家屋番号 種類 構造 造

床面積 m^2 （うち、居住部分） m^2

建築年月日 年 月 日

登記年月日 年 月 日

改修完了年月日 年 月 日

改修費用 円（うち補助金等の額） 円

居住する高齢者等 氏名

- ①65歳以上の方 ②要介護または要支援の認定を受けている方 ③障害者の方
(該当する箇所に○をふる)

改修工事の完了日から3ヶ月以内に申告できなかった理由

<添付書類>

- 改修工事明細書の写し（改修工事の内容及び費用の確認ができるもの）
- 改修工事箇所の写真
- 領収書の写し（改修工事費用を支払ったことを確認することができるもの）
- 補助金等の明細の写し
- 要介護または要支援の認定を受けている方…介護保険の被保険者証の写し
- 障害者の方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し