

バリアフリー改修工事に関する固定資産税減額申告書

年 月 日

西川町長 殿

納税義務者（申告者）

住 所

氏 名

印

個人番号
又は法人番号

電話番号

このことについて、西川町町税条例附則第7条の2第7項の規定により申告します。

家 屋 の 明 細

所在地	西川町				
所有者氏名			家屋番号		構造
家屋の種類 及び床面積	専用住宅 (区分所有含む) ㎡	併用住宅 ()内は住宅部分の床面積 ㎡ (㎡)		※減額適用床面積 ㎡	
建築年月日	年	月	日	登記年月日	年 月 日
改修完了日	年	月	日	居住者の状況	氏 名
①バリアフリー改修に 要した費用 ②居宅介護 住宅改修費 ・介護予防住 宅改修費等	①総額	円		①65歳以上の人	
	②補助金等	円		②要介護認定又は要支援認定を受けている人	
	①－② ③差引金額 (50万円を超えたものが対象です。)	円		③障害のある人 以上のいずれかに該当すること。	
改修工事が完了した日から3ヶ月以内に申告ができなかった場合にはその理由を記入してください。					

※この申告書は、原則として改修工事が完了した日から3ヶ月以内に提出してください。

※この申告書には、次のものを添付してください。

- 工事明細書及び工事費用の領収書の写し
- 改修箇所の図面・工事写真（改修前・改修後）
- 補助金等の明細
- 介護保険の被保険者証または障害者手帳など
(必要に応じて現地調査をさせていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。)

業務使用欄

課長	補佐	係長	係員

上記のとおり処理してよいか伺います。