

受 付
沼 田 市 長 様

バリアフリー改修工事に関する固定資産税減額申告書

申告年月日 令和 年 月 日

納税義務者	住 所 又は所在地	
	氏名又は名称 (電話番号)	() -
	個人番号 又は法人番号	

下記のとおり市税条例附則第10条の3第8項の規定により申告いたします。

家 屋 の 明 細

所 在 地	沼田市 町 番地		
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) m ²	併用住宅 () 内は住宅部分の床面積 m ² (m ²)	※減額適用床面積 (上限100m ²) m ²
建築年月日	年 月 日 (新築された日から10年以上を経過した住宅)		
登記年月日	年 月 日	改修完了日	平成 年 月 日
改修工事に 要した費用	① 総 額	② 居宅介護 (介護予防) 住 宅改修費等 (補助金等)	差引金額 (①-②) (50万円を超えたものが対象)
	円	円	円
居 住 者 の 状 況	住 所	沼田市 町 番地	
	氏 名		
	①65歳以上の者 ②要介護 (要支援) 認定を受けている者 ③障害のある者		
改 修 工 事 の 内 容	<input type="checkbox"/> 廊下の拡幅 <input type="checkbox"/> 階段の勾配緩和 <input type="checkbox"/> 浴室の改良 <input type="checkbox"/> トイレの改良 <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 床段差の解消 <input type="checkbox"/> 出入口の戸の改良 <input type="checkbox"/> 床の滑り止め化		

改修工事が完了した日から3か月以内に申告できなかった場合はその理由を記入してください。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 改修工事に要した費用を証する書面 (工事明細書及び領収書の写し) <input type="checkbox"/> 改修工事箇所の図面及び写真 (改修前及び改修後) <input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証または障害者手帳など <input type="checkbox"/> 補助金等を受けた場合には交付通知書などの写し
---------	--

家屋課税台帳