

バリアフリー改修に伴う固定資産税減額申請書

年 月 日

大台町長 様

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

大台町税条例附則第10条の2の規定により下記のとおり申告します。

所在地	大台町
所有者	
家屋の種類	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅 *併用住宅の場合は、居住部分の床面積が2分の1以上の場合に限り対象となります
構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 鉄骨造
居住者要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 要介護認定または要支援認定を受けている者
改修工事内容	<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"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> 屋内の段差解消 <input type="checkbox"/> 引き戸への取替え <input type="checkbox"/> 床表面の滑り止め化
床面積	一棟 _____ うち軽減対象面積 _____ m <sup>2</sup> m <sup>2</sup>
建築完了日	年 月 日 *平成19年1月1日以前に完成した住宅が対象となります
改修完了日	年 月 日
改修工事に要した費用	補助金も含む額 _____ うち補助金額 _____ 円 円 *改修工事に要した費用で、補助金等を除く自己負担額が30万円以上のものが対象となります

\* 添付書類（原本は、確認・複写後にお返しします）

- 工事内容および費用の確認できるもの
- 改修前・後の写真
- 居住者要件を満たすことを示す書類

の中には該当するものに ✓ 印をつけてください