

バリアフリー改修に伴う住宅（減額）申告書

年 月 日

中井町長 殿

申告者 住所

(納税義務者) フリガナ

氏名

(電話 — —)

地方税法附則第16条第11項、12項、13項、14項、15項の規定により減額を申告いたします。

家屋の明細

所在地	中井町					
所有者				家屋番号		
種類		構造		床面積	一棟 m ²	居住部分 m ² <small>1/2以上であること</small>
建築年月日	年	月	日	登記受付日	年	月 日
改修完了日	年	月	日	居住者の状況		氏名
バリアフリー改修に要した費用 居宅介護住宅改修費 介護予防住宅改修費等	①総額		円	①65歳以上の方		
	②補助金		円	②要介護認定又は要支援		
	①-②			認定を受けている方		
	③差引金額		円	③障害者		
改修工事が完了した日から3月以内に申告書を提出できなかった理由				以上のいずれかに該当すること。		

添付書類

- 領収書の写し
- 工事明細書の写し（建築士、登録性能評価機関等による証明で代替可）
- 改修箇所の図面・工事写真（改修前・改修後）
- その他補助金等の明細の写し