

八王子市長 殿

住所

申告者 氏名  
(納税義務者) (名称)

電話

## バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額適用申告書

八王子市市税賦課徴収条例附則第10条の3第7項の規定により、下記の家屋に係る高齢者等居住改修住宅(以下バリアフリー改修工事という。)減額措置の適用について、関係書類を添えて次のとおり申告します。

家屋の内訳	所在・地番				家屋番号		
	種類(用途)	構造		持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建	<input type="checkbox"/> その他	
	延床面積	m <sup>2</sup>		居住床面積	m <sup>2</sup>		
	建築年月日	昭和・平成	年	月	日	登記年月日	昭和・平成・令和
	改修工事完了年月日	年		月	日		
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用 _____ 円 (バリアフリー改修工事以外の工事を含む)					
	バリアフリー改修工事費用		給付・補助金額		自己負担額		
	_____ 円		_____ 円		_____ 円		

【工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった理由】 ※3ヶ月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。

必改修と工事した方を	氏名 (生年月日)	( 年 月 日)	該当する内容	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 障害のある方 <input type="checkbox"/> 要介護、要支援の認定を受けている方
	住所			

## 世帯区分等の状況確認について

本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当課が各業務担当課に照会することに

同意します ・ 同意しません

熱損失防止住宅改修の有無

有 ・ 無

※ 該当するものを○で囲んでください。同意されない場合、審査を行う上で添付書類以外の書類が必要となった際、その都度提出していただくことになります

※下記処理欄は担当課で使用しますので記入する必要がありません。

担当課処理欄	【受付時確認事項】 <input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である(3ヶ月以上の場合理由書記入確認) <input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない <input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている	受付印	供覧			
			課長	主査	主任	係
			受付簿入力日		総合税処理日	
			令和 年 月 日	令和 年 月 日		
			担当者	確認者	担当者	

## &lt;&lt;記入例&gt;&gt;

八王子市長 殿

家屋の内訳の欄は固定資産税納税通知書の課税資産明細書を参照し記入してください。

申告者  
(納税義務者)

住所 八王子市元本郷町3-24-1

氏名  
(名称) 八王子 一郎

電話 042-626-3111

## バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額適用申告書

八王子市市税賦課徴収条例附則第10条の3第7項の規定により、下記の家屋に係る高齢者等居住改修住宅(以下バリアフリー改修工事という。)減額措置の適用について、関係書類を添えて次のとおり申告します。

家屋の内訳	所在・地番	八王子市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇			家屋番号	〇〇-〇〇
	種類(用途)	専用住宅	構造	木造	持家の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マンション
	延床面積	100.00 m <sup>2</sup>		居住床面積	100.00 m <sup>2</sup>	
	建築年月日	昭和・平成 14年 4月 1日	登記年月日	昭和・平成・令和 14年 4月 30日		
	改修工事完了年月日	令和 〇〇年 1月 25日				
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用 1,200,000円 (バリアフリー改修工事以外の工事を含む) バリアフリー改修工事費用 給付・補助金額 自己負担額 1,100,000円 - 500,000円 = 600,000円				

【工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった理由】 ※3ヶ月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。

申告要件を満たす方の氏名・該当する内容・住所を記入してください

給付・補助金額を引いた額を記入してください

必改修と工事した方を	氏名 (生年月日)	八王子 太郎 (昭和 20年 1月 1日)	該当する内容	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 障害のある方 <input type="checkbox"/> 要介護、要支援の認定を受けている方
	住所	八王子市元本郷町3-24-1	世帯区分等の状況確認について 該当するほうを○で囲んでください	

世帯区分等の状況確認について 本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当課が各業務担当課に照会することに	熱損失防止住宅改修の有無
<input checked="" type="radio"/> 同意します ・ <input type="radio"/> 同意しません	有 ・ 無

※ 該当するものを○で囲んでください。同意されない場合、審査を行う上で添付書類以外の書類が必要となった際、その都度提出していただくことになります

※下処理欄は担当課で使用しますので記入する必要がありません。

担当課処理欄	【受付時確認事項】 <input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である(3ヶ月以上の場合理由書記入確認) <input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない <input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている	受付印	供覧			
			課長	主査	主任	係
			受付簿入力日		総合税処理日	
			令和 年 月 日	令和 年 月 日		
			担当者	確認者	担当者	