様式第９１号の４（第１６条関係）

バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額申請書

平成　　年　　月　　日

（あて先）佐渡市長　　様

申　告　者
（納税義務者）

住　所（所在）

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏　名（名称）　　印

個人番号（法人番号）

電　話　（　　）　　－

代　理　人

住　所

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏　名　　印

電　話　（　　）　　－

佐渡市税条例附則第 10 条の 3 第 7 項の規定に基づき、次の家屋に係るバリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用について、事実を証する書類を添えて申告します。

家屋の内訳	所在・地番				家屋番号	
	種類（用途）		構　造		持家の種類	□一戸建 □マンション
	床　面　積	．　㎡		居住用床面積	．　㎡	
	建築年月日	．　．	登記年月日	．　．	改修工事 完了年月日	．　．
	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＿＿＿＿＿＿円－給付・補助金額＿＿＿＿＿＿円 ＝自己負担額＿＿＿＿＿＿円				

【３ヶ月以内に提出できなかった理由】　※工事完了日から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。

改修工事を必要とした方	氏　　名 （生年月日）	（　　年　　月　　日）	該当する区分	□65 歳以上の高齢者　□障がい者 □要介護、要支援認定者
	住　　所			

世帯区分等状況確認

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へ照会することに

同意します　・　同意しません

※　該当するものを〇で囲んでください。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。

☆下記処理欄は記入する必要がありません。

処理欄	【受付時確認】 □　改修工事完了から３ヶ月以内である □　記載内容に漏れがない □　必要な添付書類が揃っている	受　付　印	処　理　日 平成　　年　　月　　日	
			担当者	確認者