

固定資産税減額軽減申告書（バリアフリー改修）

年 月 日

宛先
春日市長

納 税 義 務 者

住 所

氏名(名称)

印

電話番号

個人番号（法人番号）

バリアフリー改修が必要な方（65歳以上・介護保険認定・障害者）

住 所

氏 名

該当項目を で囲んでください。
65歳以上とは翌年の1月1日で65歳以上の方です。

下記の住宅をバリアフリー改修したので、固定資産税の減額の規定の適用を受けるよう申告します。

バ リ ア フ リ ー 改 修 住 宅	所在地	春日市
	家屋番号	番
	種 類	専用住宅 ・ 併用住宅 ・ マンション
	家屋床面積	㎡(専用住宅は記入不要) 併用住宅及びマンションは居住以外の部分を含む専有部分。共有部分は除く。
	居住部分床面積	㎡(100㎡までが軽減対象) 人の居住の用に供する部分のみの床面積を記入。
	建築年月日	年 月 日
	登記年月日	年 月 日
	バリアフリー改修工事 完了年月日	年 月 日
	バリアフリー改修費用	円
	地方公共団体からの補助金等	円
	居宅介護住宅改修費 介護予防住宅改修費	円
	バリアフリー改修完了日から3ヶ月を経過して申告書を提出する場合の理由	

必要添付書類

納税義務者の住民票の写し（個人番号又は法人番号が記載された申告書を提出の場合は不要）
明細書（改修工事の内容及び費用を確認できるもの）
改修工事が行われた箇所を撮影した写真
工事費を支払ったことが確認できる領収書
上記3点の代わりに、改修工事が行われた旨を証する書類でも可
交付金、給付金を受ける場合には、交付決定又は給付決定を受けたことが確認できる書類

適用要件、その他確認事項は裏面参照

適用要件

新築された日から10年以上経過した住宅
改修に要した費用の額が1戸当たり50万円超であること（以下の補助金等の額は控除する） 改修工事の費用に充てるために国若しくは地方公共団体から交付された補助金等の有無 介護保険法第45条第1項に規定する居宅介護住宅改修費の給付の有無 介護保険法第57条第1項に規定する介護予防住宅改修費の給付の有無
高齢者等が居住していることの確認 65歳以上、介護認定（被保険者証）、障害者（手帳等）
家屋の床面積が50㎡以上280㎡以下
人の居住の用に供する部分の床面積の当該家屋の床面積に対する割合が1/2以上
貸家の用に供する部分以外の人の居住の用に供する部分を有する

その他確認事項

新築軽減、耐震改修との併用不可
マンションは専用部分のみが軽減の対象