

住宅熱損失防止（省エネ）改修工事固定資産税減額申告書

令和 年 月 日

広川町長様

申告者（納税義務者との続柄）

住所

ふりがな

氏名

電話

納税義務者

住所

ふりがな

氏名

個人番号

地方税法附則第15条の9第9項及び10項（住宅熱損失防止改修に伴う固定資産税の減額）の適用を受けるため、町税条例附則第10条の3第9項の規定により添付書類を添えて申告します。

納税義務者	住所				
	氏名				
家屋の内訳	所在地	広川町大字	家屋番号	番	
	構造	木造 その他（ ）	種類・用途		
	床面積	㎡（うち居住の用に供する部分 ㎡）			
	建築年月日	年 月 日	登記年月日	年 月 日	
改修工事 内容	改修工事が完了した日	年 月 日			
	熱損失防止改修工事に要した費用	円			
	改修工事の内容該当する□にレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 窓の断熱 <input type="checkbox"/> 床の断熱 <input type="checkbox"/> 天井の断熱 <input type="checkbox"/> 壁の断熱 <input type="checkbox"/> 太陽光発電装置 <input type="checkbox"/> 高効率空調機 <input type="checkbox"/> 高効率給湯器 <input type="checkbox"/> 太陽熱利用システム				
本申告書を3カ月以内に提出できなかった理由		※工事完了日から3カ月以内に申告書を提出できなかった場合のみ記入			

添付書類

- 建築士等の発行する熱損失防止改修工事証明書 領収書の写し（改修工事費用を確認できるもの）
 改修工事の明細書の写し 改修工事箇所の図面・写真（改修前・改修後）
 補助金などの交付決定通知書の写し

	事務処理欄					受付印
	課長	課長補佐	係長	係	事務処理	
<input type="checkbox"/> 減額申告は適合						
<input type="checkbox"/> 減額申告は不適合					/	

届出人本人確認 運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他（ ）

本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 提供なし ()	個人番号 取 得 者
	番 号 確 認	身 元 確 認	
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() (利用事務実施者が適当と認めるもの) 氏名、生年月日又は住所が記載	個人番号 確 認 者
	<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 公費医療証 () <input type="checkbox"/> その他()	

代理人	代理権確認		代理人の身元確認		番号確認	
	法定	<input type="checkbox"/> 戸 籍	本人の <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 個人番号C <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()	本人	<input type="checkbox"/> 個人番号C
		<input type="checkbox"/> 資格証 ()		(利用事務実施者が適当と認めるもの) 氏名、生年月日又は住所が記載		<input type="checkbox"/> 通知C
委任	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳等 <input type="checkbox"/> () ●法人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載)			