

固定資産税 減額規定適用申請書（バリアフリー改修）

令和 年 月 日

桜井市長 様

納税義務者（申請人）

住 所												
氏 名	⑩											
所有者氏名												
個人番号(法人番号)												

下記の物件について地方税法附則第15条の9第4項の適用を受けたいので
桜井市税条例附則第7条の3第7項の規定により申請します。

記

1. 所在地	桜井市(大字)		
2. 家屋番号			
3. 種類・構造			
4. 床面積	適用床面積(住宅部分)	㎡	
	延床面積	㎡	
5. 建築年月日	年	月	日
6. 登記年月日	年	月	日
7. 改修完了年月日	年	月	日
8. 改修に要した費用	円		
9. 申請書提出の遅延理由			

- (添付書類) ①申請者要件を証する書類
 ②バリアフリー改修に要した費用を証する書類
 ③その他市長が必要と認める書類（平面図・配置図等）