

受付印

サービス付き高齢者向け住宅に対する固定資産税の減額申告書

令和 年 月 日

魚沼市長 様

申告者住所 _____
(納税義務者)

氏名(名称) _____

連絡先 () _____

地方税法附則第15条の8第2項に規定するサービス付き高齢者向け住宅に対する固定資産税の減額の適用を受けたいので、魚沼市税条例附則第9条の2第16項の規定に基づき申告します。

家屋の所在地	魚沼市	家屋番号	
建築年月日	年 月 日	登記年月日	年 月 日
種類	<input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨(軽量鉄骨) <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート <input type="checkbox"/> その他 ()		
延床面積	m ²	居住の用に供する部分の床面積	m ²
戸数	戸		
備考			

[添付書類]

- サービス付き高齢者向け住宅として登録を受けた旨を証する書類の写し
- 国の建設費補助を受けている旨を証する書類(補助金交付決定通知書)の写し
- 家屋平面図の写し

※ 提出期限は新築の翌年の1月31日です。