

| | | | | |
|-----|-----|------|-----|---|
| 町 長 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
| | | | | |

サービス付き高齢者向け住宅にかかる固定資産税の減額適用申請書
(わがまち特例)

令和 年 月 日

下仁田町長 様

所有者の住所

所有者の氏名又は名称 印

電話

下仁田町税条例附則第12条の2第14項に基づき下記のとおり申請します。

記

| | | | |
|-----------|---|---------------|----------------|
| 家屋の所在地 | | | |
| 登録番号 (注1) | | 家屋番号 (注2) | |
| 構 造 | | 住宅部分の床面積 (注3) | m ² |
| 建築年月日 | 平成 年 月 日 | 登記年月日 | 平成 年 月 日 |
| 備考欄 | | | |
| 処理伺欄 | 下仁田町税条例附則第12条の2第14項の規定に該当するので減免してよろしいか伺います。 | | |

(注1) 登録番号は、県の住宅政策課を通して登録した番号を記入して下さい。

(注2) 記入しないで下さい。

(注3) 事務所・職員専用更衣室等の居住者が入らない部分は、減額の対象になりませんので、これを除いた面積になります。