

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)

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13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	年 月 日	登記年月日	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13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。