

# バリアフリー改修工事に伴う固定資産税の減額について

平成19年度税制改正で、高齢者、障がい者等の居住の安全性及び介助の容易性の向上に資するための税制の一環として、固定資産税に係るバリアフリー改修工事促進税制が創設しました。この制度により、一定のバリアフリー改修工事を行った場合、当該住宅に係る固定資産税が減額されます。

## 1. 減額措置の適用条件

- (1) 居住者の条件（以下のいずれかに該当する者が居住する住宅であること）
  - 65歳以上の方 ※工事が完了した年の翌年の1月1日現在の年齢
  - 要介護認定又は要介護支援認定を受けている方 ※介護保険法第19条第1、2項
  - 障がいのある方 ※地方税法施行令第7条各号
- (2) 住宅の条件
  - 新築された日から10年以上が経過した家屋であること（賃貸住宅を除く）
  - 居住部分の床面積が総床面積の1/2以上であること
  - 改修工事後の家屋床面積が50㎡以上であること
- (3) 工事の条件
  - 以下の工事（高齢者等居住改修工事）のいずれかであること
    - ア 廊下の拡幅                      イ 階段の勾配の緩和                      ウ 浴室の改良
    - エ 便所の改良                      オ 手すりの取り付け                      カ 床の段差の解消
    - キ 引き戸への取り換え              ク 床表面の滑り止め
  - 工事費用が50万円（税込）を超える金額であること  
※改修工事費用に充てるために国又は地方公共団体から補助金等の交付、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の給付を受ける場合には、本額を差し引いた金額から判定
  - 令和2年3月31日までに工事が完了すること

## 2. 申告の手続き

改修工事後3ヶ月以内に、大河原町役場税務課固定資産税係へ申告が必要です。

- (1) 提出書類
  - バリアフリー改修住宅に係る固定資産税の減額申告書
- (2) 添付書類
  - 納税義務者の住民票の写し
  - バリアフリー改修箇所の写真（改修前・改修後）
  - 介護保険の被保険者証・障害者手帳・療育手帳（該当者のみ提示）
  - 補助金等の明細書（該当者のみ提出）
  - バリアフリー改修工事の内容及び費用の確認ができるもの  
バリアフリー改修工事に係る明細書、増改築等工事証明書、契約書、領収書等

※バリアフリー改修工事に係る明細書は建築士（詳細は下表のとおり）又は登録住宅性能評価機関等の発行する証明を添付することで代えることができます。実際に発行業務を行っているかどうか、また手数料等については事前に御確認の上相談願います。

	名称等	お問合せ先
建築士	都道府県登録の建築士事務所に属する建築士	(社)宮城県建築設計事務所協会 022-223-7330
	宮城県建築士会に所属する建築士	(社)宮城県建築士会 022-262-2867

### 3. 減額措置の内容

- (1) 工事完了した年の翌年度分の固定資産税の1/3を減額（都市計画税は減額の対象外です）
- (2) 減額対象床面積は1戸あたり100㎡までの居住部分

#### 減額の例①

★総床面積100㎡の住宅の場合、住宅全体の税額の3分の1の額を減額。

- ①要件に合致する改修工事完了年月日 : 平成29年5月7日
- ②平成30年度の課税標準額 : 5,400,000円
- ③減額前の平成30年度の固定資産税額 : 75,600円
- ④減額される税額 :  $5,400,000 \text{円} \times 1.4\% \times 1/3 = 25,200 \text{円}$
- ⑤平成30年度固定資産税額 :  $75,600 \text{円} - 25,200 \text{円} = 50,400 \text{円}$

#### 減額の例②

★150㎡の住宅の場合、100㎡までの税額の3分の1の分の額を減額、  
残り50㎡は通常の税額。

- ①要件に合致する改修工事完了年月日 : 平成29年5月7日
- ②平成30年度の課税標準額 : 8,550,000円
- ③減額前の平成29年度の固定資産税額 : 119,700円
- ④減額される税額 :  $8,550,000 \text{円} \times 1.4\% \times 1/3 \times 100 \text{㎡} / 150 \text{㎡} = 26,600 \text{円}$
- ⑤平成30年度固定資産税額 :  $119,700 \text{円} - 26,600 \text{円} = 93,100 \text{円}$

### 4. 留意点

- (1) 新築住宅の軽減又は耐震改修の減額を受けている場合は対象となりません。
- (2) 省エネ改修住宅に係る固定資産税の減額制度との併用が可能です。
- (3) この制度による減額は1度しか受けることができません。
- (4) 親族に無償で貸付けている家屋は賃貸住宅になりません。

### 5. 問い合わせ先

大河原町役場税務課 固定資産税係（53-2113）

# バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額申告書

令和 年 月 日

大河原町長 殿

申告者  
(納税義務者) フリガナ  
住所 (所在) \_\_\_\_\_  
フリガナ  
氏名 (名称) \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

申告者  
(納税義務者) フリガナ  
住所 (所在) \_\_\_\_\_  
フリガナ  
氏名 (名称) \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

地方税法附則第15条の9第6項の規定に基づき、次の家屋に係るバリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用について、事実を証する書類を添えて申告します。

家屋の内訳	所在・地番			家屋番号	
	種類(用途)		構造	戸建・マンションの別	戸建・マンション
	床面積		m <sup>2</sup>	居住用床面積	m <sup>2</sup>
	建築年月日		登記年月日		工事完了日
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用	円(うちバリアフリー費用		円、
		うち補助金等	円自己負担額	円)	
【3ヶ月以内に提出できなかった理由】					
対象	氏名・住所・生年月日				
	該当する区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者	<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者	
◆世帯区分等状況確認 (該当するものを○で囲んでください。同意しない場合、審査に支障をきたす場合があります) 本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当課が各業務担当課へ照会することに 【 同意します ・ 同意しません 】					

☆下記処理欄は記入する必要がありません。

処理欄	【受付時確認】	受付印	処理日： 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である		担当者	確認者
	<input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない			
	<input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている			

■添付書類

- 納税義務者の住民票の写し
- 改修工事に係る明細書（当該改修工事の内容及び費用の確認ができるもの）
- 改修工事箇所の写真
- 領収書（改修工事費用を支払ったことを確認できる工事内訳書）
- 住宅改造補助金交付及び介護保険給付金の決定（確定）通知書等の写し
- 該当する区分に応じた書類
  - ・ 65歳以上の高齢者 …………… 住民票の写し
  - ・ 要介護及び要支援認定者 …… 介護保険の被保険者証の写し
  - ・ 障がい者 …………… 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し

■記入方法

1. 申告者（納税義務者）の欄には、バリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用を受ける家屋の納税義務者の住所または所在及び氏名または名称及び電話番号を記入し、押印してください。
2. 代理人の欄には、納税義務者が法人の場合は法人を代表して申告する人、その他の代理人の場合はその代理人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印してください。  
 なお、法人又は代理人の場合は、納税義務者からの委任状を添付してください。
3. 家屋の内訳欄には、所在・地番・家屋番号・種類(用途)・構造・持家の種類・床面積・居住用床面積・建築年月日・登記年月日・改修工事完了年月日・改修工事費用をそれぞれ記入してください。

■記入例

家屋の内訳	所在・地番	大河原町字新南 19 番地		家屋番号	123-4	
	種類(用途)	専用住宅	構造	木造	戸建・マンションの別	戸建
	床面積	150.21 m <sup>2</sup>		居住用床面積	150.21 m <sup>2</sup>	
	建築年月日	S50.10.1	登記年月日	S50.10.10	工事完了日	H27.10.1
	バリアフリー改修工事費用	バリアフリー費用 1,500,000 円＋一般工事費用 500,000 =全体工事費用 2,000,000 円 うち補助金等 350,000 円、自己負担額 1,650,000 円)				
【3ヶ月以内に提出できなかった理由】						
対象	氏名・住所・生年月日	大河原花子 大河原町字新南 19 番地 昭和 30 年 11 月 30 日生まれ				
	該当する区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者				
◆世帯区分等状況確認（該当するものを○で囲んでください。同意しない場合、審査に支障をきたす場合があります） 本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分・現住所・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当課が各業務担当課へ照会することに 【 同意します ・ 同意しません 】						