

※太枠内をご記入ください

生活保護受給者用

No.HS-

令和 年度 固定資産税・都市計画税減免申請書

豊中市長あて

市税条例第77条第1項1号、市税条例施行規則第12条第1項1号の規定により減免ねがいます。

同意事項

●固定資産税・都市計画税の減免申請書の提出により、私の生活保護の受給状況について、生活保護担当部局へ報告を求めることに同意します。

また、生活保護の受給が停止された場合には速やかにその旨を固定資産税課へ報告します。

●民法第441条但し書きの規定により、他の連帯納税義務者にも減免適用をお願いします。

提出日		年 月 日	お問い合わせ番号	
納税義務者	住所			
	氏名			
電話番号		()		
同意事項	生活保護受給状況調査への同意			
	固定資産税・都市計画税の減免申請書の提出により、私の生活保護の受給状況について、生活保護担当部局へ報告を求めることに同意します。 また、生活保護の受給が停止された場合には速やかにその旨を固定資産税課へ報告します。			
	氏名			
共有の場合	他の連帯納税義務者への減免			
	民法第441条但し書きの規定により、他の連帯納税義務者にも減免適用をお願いします。			
	氏名			※共有の場合 署名必須
市役所使用欄				
備考	納税義務者が入院中・施設入所中			
	施設の種類 : <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()			
	施設の名称 : ()			
	担当 CW : ()			
事務処理欄				
	申請書 添付書類	受付リス ト入力	算出資料 該当	物件入力
			<input type="checkbox"/> 共有持分	