

社会医療法人に係る固定資産税非課税規定適用申告書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

住所(所在地)

申告者

氏名(名称)

㊟

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号又は法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

下記のとおり固定資産税の非課税規定の適用を受けたく、安曇野市税条例第58条の2の規定により申告します。

記

| 社会医療法人等の名称(施設等の名称) | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------|----------------------|----|-----------------------|-------|--|
| 土地 | 所在及び地番 | 地目 | 地積 m ² | | 用途 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供し始めた年月日 | | | | | 年 月 日 | |
| 家屋 | 所在 | 家屋番号 | 種類 | 構造 | 床面積 m ² | 用途 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供し始めた年月日 | | | | | 年 月 日 | |
| 償却資産 | 所在 | 種類 | 数量 | | 用途 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供し始めた年月日 | | | | | 年 月 日 | |

(注) 1 上記の土地、家屋又は償却資産が社会医療法人の所有でない場合は、無料で使用させていることを証明する書面を添付してください。

2 「個人番号又は法人番号」欄には、申出者が個人の場合には個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を、左側に1文字あけて記載し、法人の場合には、法人番号(同条第15項に規定する法人番号をいう。)を記載してください。