

様式第71号(第18条関係)

(その1)

宗教法人に係る固定資産税非課税規定適用申告書						
						年 月 日
富士見町長 殿						
住所(所在地)						
申告者						
氏名(名称)						
<p>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、町税条例第55条の規定により申告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>						
宗教法人の設立 年 月 日	年 月 日	非課税の適用を受けることとなった境内地の区域変更年 月日		年 月 日		
土 地	所在及び地番	地目	地積	用地途		
			m ²			
家 屋	所 在	家屋番号	種 類	構 造	床面積	用 途
					m ²	
宗教法人の用に供し始めた年月日		年 月 日				

(注) 上記の土地又は家屋が宗教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。

様式第71号(第18条関係)

(その2)

学校法人等に係る固定資産税非課税規定適用申告書							
							年 月 日
富士見町長 殿							
住所(所在地) 申告者 氏名(名称)							
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、町税条例第56条の規定により申告します。							
記							
学校法人等の 設立年月日		年 月 日		当該法人等の用に供するた め区域を変更した年月日		年 月 日	
土 地	所在及び地番		地目	地積	用途	直接その用に供 し始めた年月日	
				m ²			
家 屋	所在	家屋 番号	種類	構造	床面積	用途	直接その用に供 し始めた年月日
					m ²		
償 却 資 産	所 在		種類	数量	用途	直接その用に供 し始めた年月日	

(注) 上記の土地、家屋又は償却資産が学校法人等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。

様式第71号(第18条関係)

(その3)

社会福祉事業等に係る固定資産税非課税規定適用申告書								
							年 月 日	
富士見町長 殿								
住所(所在地) 申告者 氏名(名称)								
<p>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、町税条例第57条の規定により申告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>								
社会福祉事業等の開始若しくは設立年月日		年 月 日			社会福祉事業等の用に供する土地の区域変更年月日		年 月 日	
土 地	所在及び地番		地目		地積		用途	
					m ²			
家 屋	所在		家屋番号	種類	構造	床面積		用途
						m ²		
償 却 資 産	所在			種類	数量	用途		直接その用に供し始めた年月日

(注) 上記の土地、家屋又は償却資産が社会福祉事業等経営者の所有でない場合は、無料で使用させることを証明する書面を添付してください。

様式第71号(第18条関係)

(その4)

国民健康保険組合等における固定資産税非課税規定適用申告書						
						年 月 日
富士見町長 殿						
所在地						
国民健康保険組合等の団体の名称						
代表者氏名						
<p>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、町税条例第58条の規定により申告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>						
土 地	所在及び地番		地目	地積	用途	
				m ²		
直接病院等又は家畜診療所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	用途
					m ²	
直接病院等又は家畜診療所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	
直接病院等又は家畜診療所の用に供し始めた年月日					年 月 日	

様式第71号(第18条関係)

(その5)

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
富士見町長 殿						
住所(所在地) 申告者 氏名(名称)						
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、富士見町税条例第58条の2の規定により申告します。						
記						
土地	所在及び地番		地目	地積		用途
				m ²		
	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	用途
					m ²	
	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) 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。