

身体障害者に関する軽自動車税減免申請書

年 月 日

〒北町長 山 崎 秀 典 様

納 税 者

住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり町税条例第90条の規定により軽自動車税を減免されるよう申請します。

年度	徴収番号	税額(年額)	納付すべき税額	納期限	減免を受けようとする税額	
6		円	円	令和6年4月30日	円	
軽自動車等	車 両 番 号	事業用自 家用の別	定 置 場 所 (使用の本拠の位置)	所有者の住所及び氏名 (名 称)	使用者の住所氏名	
身体障害者等	住所			氏名	歳	
	納税者との続柄		使用目的			
	身体障害者手帳 (戦傷病者手帳) 療育手帳 通院医療公費負担患者票		記号番号	交付年月日		
			障害名	障害級	第 種 級	
運 転 者	住所			氏名	身体障害者との続柄	
	運転免許証	番 号			交付年月日	
		免許の種類			有効期限	
		免許の条件及び自動車の制限				
備 考						

注意1. 減免申請の際、身体障害者(戦傷病者)手帳、療育手帳または通院医療費公費負担患者票、運転免許証及び自動車検査証または軽自動車届出済証を提示して下さい。この場合、身体障害者手帳に障害の区分及び障害の級別が明示されていないとき、または戦傷病者手帳を提示する時は、障害の区分、障害の級別などを証する町長または福祉事務所が発行する証明書を、免除を受けようとする者または免除申請に関する軽自動車を運転する者が身体障害者と生計同一である事実及びその自動車等を専ら関係する身体障害者等の通院、通学もしくは生業のために使用する事実を証する町長または福祉事務所長の発行する証明書を添付して下さい。

注意2. この申請書は、毎年納期限前7日までに町長に提出して下さい。

但し、納税証紙により払い込むこととされている軽自動車の免除を受けようとする場合には標識の交付を申請するときに提出して下さい。