

軽自動車税減免申請書

日の出町長殿

町受付印

住所 日の出町大字 大久野
平井

申請者(納税義務者) 氏名

電話

個人番号

日の出町町税賦課徴収条例第90条第2項の規定により、下記の軽自動車税の減免を申請いたします。

①減免を受けようとする車両等

* 該当する項目に ○ をしてください。

車両番号	八王子	種別	四輪乗用 四輪貨物
定地場	日の出町大字 大久野 平井	用途	自家用 営業用
使用目的	1. 通院 2. 通学 3. 通勤 4. 通所 5. 事業 6. その他()		
障害者との関係	本人 同一生計者		

②障害者手帳等を受けている方

手帳複写添付による記入省略□

住所	日の出町大字 大久野 平井		
氏名		年齢	歳
手帳の種類 障害等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 第 項症・第 款症(旧・新) <input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳)総合判定 度 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級		
手帳の番号	第 号	交付年月日	令和 年 月 日
障害名			
障害の程度	<input type="checkbox"/> 上肢又は運動 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 移動 又は運動		

③軽自動車等の使用者

運転免許証複写添付により記入省略□

住所	日の出町大字 大久野 平井		
氏名		障害者との関係	本人 同一生計者
免許証番号		免許の種類	原付 普通 中型
交付年月日	年 月 日	免許の条件	
有効期限	年 月 日		

※ ②③については免許証と手帳のコピーを添付していただくことにより記入を省略できます

税務課使用欄

- 運転免許証(写) 各種手帳(写)
納税通知書(回収) 手帳スタンプ押印、
記載
車検証(写)※車両構造減免の場合