

(様式第1号)

軽自動車税減免申請書 (障害者用)

年 月 日

大崎町長 殿

申請者

住 所 大崎町

氏 名

印

電 話

大崎町町税条例第90条の規定により軽自動車税の減免を申請します。

身体障害者等	個人番号													
	住 所													
	氏 名													
	生年月日及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日	(歳)						
	手帳番号	鹿児島県 () 県) ・ 町(市村) 第 号												
	手帳交付年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日								
	障害等級(程度)	級 ー					申請者との関係							
障 害 名														
運 転 者	氏 名													
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成					年	月	日	身体障害者との関係				
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 本人運転 <input type="checkbox"/> 生計同一者運転 <input type="checkbox"/> 常時介護者運転													
自 動 車 の 使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業													
減免を受けようとする自動車	登録番号							車台番号						
	型 式							類別区分番号						
	登 録 年 月 日	年 月 日						初 度 登 録	年 月					
	所 有 者	住 所												
		氏 名												
使 用 者	住 所													
	氏 名													
減免を受けようとする税額	税 額											円		
備 考														

確 認 事 項

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳, 戦傷病者手帳, 療育手帳又は精神保健福祉手帳	確 認 者	
<input type="checkbox"/> 自動車検査証 <input type="checkbox"/> その他のもの		
<input type="checkbox"/> 運転免許証 ()		

注1 次に掲げる書類を提示すること。

- (1) 身体障害者手帳, 戦傷病者手帳, 療育手帳又は精神保健福祉手帳
- (2) 身体障害者, 身体障害者等と生計を一にする者又は身体障害者等(身体障害者等のみで構成される世帯に属する者に限る。)を常時介護する者の運転免許証
- (3) 減免の対象となる自動車の自動車検査証

注2 減免の対象となる自動車が専ら身体障害者等の通学, 通院, 通所又は生業のために, 当該身体障害者等(身体障害者等のみで構成される世帯に属する者に限る。)を常時介護する者によって運転されるものであるときは, その事実を証明できるものを添付すること。