

軽自動車税減免申請書

身体障がい者等に係る軽自動車税減免申請書									
申請者 (納税者)	住所			上三川町長 宛て					
	氏名			年 月 日					
	(個人番号)			次の軽自動車について軽自動車税を減免されたいので、上三川町税条例第90条第1項第1号の規定により申請します。					
	障がい者との続柄			登録(車両)番号					
電話番号									
所有者	住所(所在地)			車台番号					
	氏名(名称)			主たる定置場			<input type="checkbox"/> 所有者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他()		
(個人番号)									
使用目的	1 通勤 2 通学 3 通院 4 その他()			種別	原動機付自転車・軽自動車・他()				
減免を受けようとする額等		年度	年 税 額	減免を受けようとする額					
障がい者等	住所			運 転 免 許 証	住所				
	氏名				氏名				
	生年月日				身体障がい者等との続柄				
	(番号)				(番 号)				
	1 身障 2 戦傷 3 療育 4 精神				(交付年月日)				
	(交付年月日)				年 月 日				
	年 月 日				(有効期限)				
年 月 日			年 月 日						
(障害・病名)			(免許の種類)						
(障がいの程度・状態)			(免許の条件)						
申請区分	新規	備考	※ 事項 (確認済)		※ この欄は記載しないこと。				
	継続		1 手帳 2 運転免許証						
		年 月 日							
		(氏名)							
(注 意) 申請の時は、身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳並びに運転免許証を提示し、障害名、障がいの程度その他必要なことについての確認を受けてください。									