

軽自動車税減免申請書(身体障害者用)

令和 年 月 日

御前崎市長 様

申請者 (納税義務者)	個人番号		確認	有・無
	住所	御前崎市		
	氏名			
	電話番号			

御前崎市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり軽自動車税の減免を申請します。

種別	軽自動車	車両番号又は標識番号		
主たる定置場	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		所属年度	令和 年度
納税通知書番号			税額	円
障がい者の状況	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	S・H・R 年 月 日
	種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健	交付日	H・R 年 月 日
	番号	静岡県 号		
	障がい名		等級	級
運転者の状況	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	障がい者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	種類	<input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他 運転免許証のとおり	条件	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 中型車は中型車(8t)に限る <input type="checkbox"/> その他 運転免許証のとおり
	運転免許証番号			
	交付年月日	H・R 年 月 日	有効期限	R 年 月 日
用途・使用目的	<input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()			
備考				

(注)

- この申請書は、軽自動車税の減免を受けようとする年度ごとにその納期限7日前までに提出してください。
- 減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。