

様式第 90 号 (その2)

軽自動車税種別割減免申請書(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種別割の減免を申請します。

種別			車両番号又は標識番号			
主たる定置場				所属年度	年度	
納税通知書番号				税額	円	
障がい者の状況	住所					
	氏名		生年月日	年	月 日	
	種類	(身体・戦病・療育・精神)手帳	交付日	年	月 日	
	番号					
	障がい名		等級			
運転者の状況	住所					
	氏名		障がい者との関係			
	種類		条件			
	免許証番号					
		交付年月日	平成 令和	年 月 日	有効期限	平成 令和
用途・使用目的						
備考						

(注)

- この申請書は、軽自動車税種別割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。
- 申請者氏名欄は、申請者が署名又は記名してください。