軽自動車税(種別割)減免申請書

　　年　　月　　日

浅川町長　様

納税義務者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

第８９条第２項

第９０条第２項

　下記のとおり軽自動車税（種別割）の減免を受けたいので、町税条例　　　 　　　の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納 税 義 務 者 | 個人番号(マイナンバー) | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | 税額 | | | 円 | | |
| 身体障がい者等　　との関係 | | | | | １ 本人  ２ １８歳未満の身体障がい者と生計を一にする者  ３ 精神障がい者と生計を一にする者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 標識番号 | | |  | | | | | | | | 種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | 用途 | | |  | |
| 形状 |  | | | | | 原動機の型式 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 総排気量又は  定格出力 | | | | | | |  |
| 使用目的 | | 条例第８９条　第２項関係 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 条例第９０条　第２項関係 | | | | | １ 通院 ２ 通所 ３通学 ４ 入所  ５ 生業（自営・通勤）  （生業の内容　　　　 　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 通院・通所・通学・入所・勤務先 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 主たる定置場 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身 体 障 が い 者 等 | 住所 | □納税義務者本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | □納税義務者本人 | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 昭・平・令  年　　月　　日（満　　 歳） | | | | | | | | |
| １ 身体障害者手帳　　　 　第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 交付年月日 | | | | | | 昭・平・令  年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| ２ 戦傷病者手帳　　　　　 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ 療育手帳　　　　　　　 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 障害名 | | | | | |  | | | | | | | | |
| ４ 精神障害者保健福祉手帳　第　　　 　　号  　 ※併せて提示することが必要である書類  （(1)から(3)までのいずれか）  (1)自立支援医療受給者証(精神通院)　第 　　　号  (2)医療福祉費受給者証　　　　　　　第　　 　号  (3)障害の治療のための通院の事実を証する書面 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の等級 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 運 転 す る 者 | 住所 | □納税義務者本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 運転免許証 | | | 番　号 | | | | | |  | | | |
| 交付年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | □納税義務者本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有効期限 | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 種　類 | | | | | |  | | | |
| 身体障がい者等　　との関係 | | | | | １ 本人　　２ 同一生計者  ３ 常時介護者 | | | | | | | | | | | | | | 条　件 | | | | | |  | | | |
| 添付書類 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |