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 |  |