

軽自動車税（種別割）減免申請書

令和 5 年 〇 月 〇 日

浅川町長 様

納税義務者 住 所 浅川町大字浅川字背戸谷地〇〇

氏 名 浅川 太郎

電話番号 090-0000-0000

下記のとおり軽自動車税（種別割）の減免を受けたいので、町税条例第 89 条第 2 項・第 90 条第 2 項の規定により申請します。

|         |             |                                                       |                                                                                            |                       |                      |
|---------|-------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 納税義務者   | 個人番号        | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0                           | 税 額                                                                                        | 1 2 , 9 0 0 円         |                      |
|         | 身体障がい者等との関係 | 1 本人<br>2 18 歳未満の身体障がい者と生計を一にする者<br>3 精神障がい者と生計を一にする者 |                                                                                            |                       |                      |
|         | 標識番号        | いわき 000 あ 0000                                        | 種 別                                                                                        | 1 軽四輪 (乗用・貨物)<br>2 二輪 |                      |
|         | 用途及び使用目的    | 第 89 条第 2 項関係<br>第 90 条第 2 項関係                        | (※公益減免の場合「公益のために使用する車両であるため」)<br>1 通院 2 通所 3 通学 4 通勤 5 自営業<br>(通院・通学・通所・勤務先又は自営業の内容 〇〇病院 ) |                       |                      |
|         | 主たる定置場      | <input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ       |                                                                                            |                       |                      |
| 身体障がい者等 | 住 所         | <input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ       |                                                                                            |                       |                      |
|         | 氏 名         | <input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ          | 1 身体障害者手帳 福島県 第 00000 号<br>2 戦傷病者手帳 第 号                                                    |                       |                      |
|         | 生年月日        | 昭和〇年〇月〇日<br>(満 〇〇歳)                                   | 3 療育手帳 第 号<br>4 精神障害者保健福祉手帳 第 号                                                            |                       |                      |
|         | 障害名         | 〇〇機能障害                                                | ※併せて提示することが必要である書類<br>次の 3 点のうちいずれか                                                        |                       |                      |
|         | 障害の等級       | 〇級                                                    | (1) 自立支援医受給者証 (精神病院) 第 号<br>(2) 医療福祉費受給者証 第 号<br>(3) 障害の治療のための通院の事実を証する書面                  |                       |                      |
|         | 交付年月日       | 平成〇年〇月〇日                                              |                                                                                            |                       |                      |
| 運転する者   | 住 所         | <input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ       |                                                                                            |                       |                      |
|         | 氏 名         | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ<br>浅川 花子            | 運 転 免 許 証                                                                                  | 番 号                   | 第 1234567891234567 号 |
|         | 身体障がい者等との関係 | 1 本人<br>2 同一生計者<br>3 常時介護者                            | 交付年月日                                                                                      | 平成〇年〇月〇月              |                      |
|         |             |                                                       | 有効期限                                                                                       | 令和〇年〇月〇日              |                      |
|         |             |                                                       | 種 類                                                                                        | 普通                    |                      |
|         |             | 条 件                                                   | 眼鏡等                                                                                        |                       |                      |

| 役場確認欄 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 添付書類  | <input type="checkbox"/> 軽自動車税（種別割）納税通知書<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳等のコピー<br><input type="checkbox"/> 運転者の運転免許証のコピー<br><input type="checkbox"/> 自動車検査証のコピー<br><input type="checkbox"/> 団体等の定款等（公益使用車のみ）<br><input type="checkbox"/> その他必要な書類（                                  ） |
|       | <p>※マイナンバー確認書類は、記載された個人番号が正しく記入されているか確認の上返却してください。（コピー不要）</p>                                                                                                                                                                                                                          |