

(その2)



軽自動車税（種別割）減免申請書(身体障害者等関係)

年 月 日

穴水町長 様

住 所
氏 名
身体障害者等との関係
電話番号
個人番号又は法人番号



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり軽自動車税（種別割）の減免を申請します。

登録番号 (車両番号)		減免を受けようとする税額	税 目	年 度	税 額
取得年月日	. .		軽自動車税 (種別割)		円
減免を受けようとする軽自動車	車 名	総排気量	種 別	用 途	使用の本 拠の位置
				自家用 営業用	
使用の目的	通学 通院 生業	使用の状況			
申請の理由	1 身体障害者等が取得し、又は所有する軽自動車専らその者が運転するもの 2 身体障害者等が取得し、又は所有する軽自動車専ら当該身体障害者等のために当該身体障害者等と生計を一にする者が運転するもの 3 年齢18歳未満の身体障害者等と生計を一にする者が取得し、又は所有する軽自動車専ら当該身体障害者等のために当該身体障害者等と生計を一にする者が運転するもの				
身 体 障 害 者 等			自 動 車 を 運 転 す る 者		
住 所			住 所		
氏 名		年 齢	氏 名	障害者との 関 係	
職 業			職 業		
勤務先			勤務先		
身体障害者手帳 (戦傷病者) 精神障害者 保健福祉手帳 療育手帳	番 号	第 号	運 転 免 許 証	番 号	第 号
	交付年月日	年 月 日		種 類	
	障 害 名 及 び障 害 区 分	障 害 の 区 分 ()		交 付 年 月 日	年 月 日
	等 級			有 効 期 限	年 月 日
備 考	1 この申請をする場合は、納期限前7日までに提出してください。 2 この申請書を提出する際に身体障害者手帳(戦傷病者手帳)、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳及び運転免許証を提示してください。 3 申請の理由が2又は3の場合には、この申請書に当該理由を証明する証明書を添付してください。				