

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

(宛先) 桐生市長

申請者 (納税義務者)	住 所	桐生市									
	氏 名										
	個人番号										
	電 話										

市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり申請します。

自動車の登録番号 又は車両番号													
使用者	住 所	<input type="checkbox"/> 同上				主たる置場	住所と異なる場合は記入						
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上				自家用 事業用の別	自家用・事業用						
	身体障害者との 続柄	本人・親族( )				取得年月日	年 月 日						
所有者	住 所	<input type="checkbox"/> 同上				使用目的及び通勤・ 通学の内容	日常生活・その他 通勤・通学・通院						
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上				減免を受けよう とする税額	軽自動車税(種別割)						
	身体障害者との 続柄	本人・その他( )					円						
身体 障害 者 等	住 所	<input type="checkbox"/> 同上				運 転 す る 者	住 所	<input type="checkbox"/> 同上					
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上					氏 名	<input type="checkbox"/> 同上					
	生年月日	年 月 日					身体障害者との 続柄						
	手 帳	記 番 号 号	別紙のとおり				運 転 免 許 証	番 号	別紙のとおり				
		交付年月日	年 月 日					交付年月日	年 月 日				
	障 害 名 及 び 内 容	別紙のとおり						有効期限	年 月 日				
	障 害 等 級 又 は 程 度	別紙のとおり						免許の種類	別紙のとおり				
免許の条件						別紙のとおり							

- 注1 この申請書を提出される時は、身体障害者手帳又は戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、自動車検査証、運転免許証及び個人番号カード又は通知カードを提示してください。
- 2 身体障害者等と生計を一にする者が運転する場合は、この申請書にその事実について市長又は居住地を管轄する福祉事務所長の発行する証明書を添付してください。
- 3 身体障害者等に係る軽自動車税(種別割)減免申請書の該当事項を○で囲んでください。
- 4 この申請書は納期限までに提出してください。

※申請者・身体障害者等・運転する者のいずれでもない場合、届出人欄への記入をお願いいたします。

届出人	住所	氏名	生年月日	電話番号
届出人 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 官公庁発行の免許証等(写真付き) [種類: ]			