

軽自動車税（種別割）減免申請書

令和 年 月 日

美 祢 市 長 様

住 所 _____

申請者
(納税義務者) 氏 名 _____ (※)

(※)署名又は記名押印

電話番号 _____

個人番号 _____

美祢市税条例第90条第2項の規定により軽自動車税（種別割）の減免を申請します。

1 軽自動車等

標 識 番 号		種別用途	<input type="checkbox"/> 自家用乗用 <input type="checkbox"/> 自家用貨物
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主たる定置場	<input type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ		

2 身体障害者等に関する事項

障害者氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ	納税義務者との続柄		
住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ			
手 帳 等 の 内 容	手帳の区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
	手 帳 番 号	県 第	号	交付年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 喉頭摘出による音声機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢不自由 <input type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 体幹不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 上肢機能 <input type="checkbox"/> 移動機能) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	等級又は程度			

3 運転者等に関する事項

運転者氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ	障 害 者 続 柄	
住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ		
免 許 番 号	第	号	交付年月日 年 月 日
免許の種類	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> 原付 ()		有効期限 年 月 日
条 件	<input type="checkbox"/> 中型車は中型車(8t)に限る <input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> 普通車はAT車に限る ()		

※処理欄

受 付 印

	本人確認書類等	確認者
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()	
本人確認	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	