

# 軽自動車税減免申請書

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	障害者との続柄
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 ( )	

