

身体障害者等に対する軽自動車税(種別割)減免申請書

地方税法第454条及び町税条例第90条第1項の規定により、身体障害者等に対する軽自動車税(種別割)の減免について、下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

亘理町長 殿

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 軽自動車の所有者個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者等手帳番号 | 第 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者等手帳交付年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害名及び障害の程度 | 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者等氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者等住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 軽自動車の所有者氏名 | <input type="checkbox"/> 身体障害者と同じ <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 軽自動車の所有者住所 | <input type="checkbox"/> 身体障害者と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 軽自動車の車両番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる定置場 | 住所地・その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別及び用途 | 軽自動車・原付・小型特殊 乗用・貨物 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転する者の氏名及び 障害者との関係 | <input type="checkbox"/> 身体障害者と同じ <input type="checkbox"/> (関係:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転する者の住所 | <input type="checkbox"/> 身体障害者と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転免許証の番号 | 第 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転免許証交付年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転免許証有効期間 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運転免許証の種類及び条件 | 普通・中型・その他() AT限定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用目的 | 通院・通学・送迎・その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設入所・長期入院 されていますか? | はい いいえ (いずれかに○をつける) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |