

## 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 5年 〇月 〇日

申請者 住 所 亶理町字悠里1番地  
氏 名 亶理 太郎  
電話番号 0223-34-1112

亶理町長 殿

軽自動車の所有者個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
身体障害者等手帳番号	第 999999 号											
身体障害者等手帳交付年月日	昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日											
障害名及び障害の程度	心不全による心臓機能障害 1 級											
身体障害者等氏名	亶理 太郎											
身体障害者等住所	亶理町字悠里1番地											
軽自動車の所有者氏名	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 身体障害者と同じ											
軽自動車の車両番号	宮城580 あ 1122											
主たる定置場	住所地・その他( )											
種別及び用途	<input checked="" type="checkbox"/> 軽自動車・原付・小型特殊 <input checked="" type="checkbox"/> 乗用・貨物											
運転する者の氏名及び 障害者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者と同じ <input type="checkbox"/> (関係: )											
運転する者の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者と同じ											
運転免許証の番号	第 111111111111 号											
運転免許証交付年月日	平成・令和 〇年 〇月 〇日											
運転免許証有効期間	平成・令和 〇年 〇月 〇日											
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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (いずれかに○をつける)											