

軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

新富町長 様

|     |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 住所     | 新富町   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | フリガナ氏名 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 個人番号*  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 電話番号   | ( ) — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※申請者が納税義務者の場合のみ、個人番号を記入してください。

新富町税条例第90条第2項の規定により、軽自動車税の減免を受けたいので次のとおり申請します。

|                                      |                                  |       |  |   |           |                     |   |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------|--|---|-----------|---------------------|---|
| ①軽自動車等                               | 年度・税額 円                          |       | 使用目的及び用途   | <input type="checkbox"/> 通学<br><input type="checkbox"/> 通院（通所）<br><input type="checkbox"/> 生業等<br><input type="checkbox"/> 本人運転 | 種別        | 自家用車                |   |
|                                      | 車両（標識）番号                         |       |  |   | 主たる定置場    |                     | <input type="checkbox"/> ②の住所 <input type="checkbox"/> ④の住所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| ②納税義務者<br>※申請者と異なる場合、記入してください。       | 住所                               |       |  |   | ③との関係     |                     |   |
|                                      | フリガナ氏名                           |       |  |   |           |                     |   |
|                                      | 個人番号                             |       |  |   |           |                     |   |
| ③身体障がい者等                             | 住所                               |       |  |   | 生年月日      | 昭平 年 月 日<br>明大      |   |
|                                      | フリガナ氏名                           |       |  |   | 年齢        | 歳<br>(4月1日現在)       |   |
| ④運転者                                 | 住所                               |       |  |   | ③との関係     |                     |   |
|                                      | フリガナ氏名                           |       |  |   |           |                     |   |
| ⑤手帳の内容                               | 番号                               |       |  |   | ⑥運転免許証の内容 | 番号                  |   |
|                                      | (再) 交付年月日                        | 年 月 日 |  |   |           | 交付年月日               | 年 月 日   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | 障がい名  |  |   |           | 有効期限                | 年 月 日   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 戦傷病手帳   | 障がい等級 |  |   |           | 免許の条件等              |   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 療育手帳    | 総合判定  | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 |   |           |                     |   |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 | 障害等級                             | 1 級   |  |   |           |                     |   |
|                                      |                                  |       |  |   | ※ 処理欄     | 処理日付<br>処理者印<br>受付印 |   |