

(記入例)

障害者の方が18歳未満または精神・知的障害者の場合

※ 太字の部分を記入してください
※ □欄は該当するものに☑してください

様式第36号(第23条関係)

軽自動車税(種別割)減免申請書(身体障害者用)					
令和〇年 5 月 15 日		申請日を記入します。			
霽石町長 様	納税義務者 (減免を受ける者)	住(居)所 (所在地)	岩手郡霽石町千刈田5-1		
		電話番号	019-000-0000		
	氏名(名称)	霽石 花子			
	個人番号	個人番号の記載に当たっては、左欄を空欄とし、ここから記載してください。 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3			
下記のとおり軽自動車税(種別割)の減免を受けたいので申請します。					
申請する軽自動車等	車両番号	岩手 581 す 9999	車名及び型式	スズキ DBA-B22W	
	主たる定置場	霽石町 千刈田5-1	用途	<input checked="" type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物車 <input type="checkbox"/> 小型特殊自動車 <input type="checkbox"/> その他	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 軽四輪 <input type="checkbox"/> 軽三輪 <input type="checkbox"/> 軽二輪 <input type="checkbox"/> 小型特殊 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他	課税額	7,200 円	
	使用目的	<input type="checkbox"/> 通勤 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他()			
障害者	住(居)所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の方			
	氏名	霽石 太郎	年齢	15 歳	
手帳の記載事項	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 又は戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳		手帳の番号	岩手県 第999999号
	交付年月日	平成22年3月31日			
	障害名及び障害の程度	障害の程度A			
運転者	住(居)所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の方			
	氏名	霽石 花子	障害者との関係	母	
免許証情報	運転免許証番号	第22000450516号			
	運転免許証交付年月日	平成 29 年 7 月 9 日			
	運転免許証有効期限	平成 34 年 7 月31日			
	運転免許の種類	中型、原付			
	運転免許の条件	眼鏡等			
減免事由を証明する添付書類	自動車検査証(写)、軽自動車税納税通知書、各種手帳(写)、軽自動車を運転する者の免許証(写)				
摘要	(根拠法令 町税条例第86条②)				

納税義務者(該当車両の納税通知書に記載されている方)の住所、電話番号、氏名、マイナンバーを記入します。
※令和4年度から押印不要

減免を受けようとする車両の車検証の内容を記入します。

税額を記入します(納税通知書参照)。

障害者の方の氏名、年齢、及び療育手帳または精神障害者保健福祉手帳等の内容を記入します。

減免を受けようとする車両を運転する方の氏名、障害者との続柄、運転免許証の内容を記入します。

※左記の書類のほか、「減免に関する状況調査書」が必要です。

※申請期限は5月24日までです。
(郵送の場合は5月24日の消印有効)