

軽自動車税減免申請書

年 月 日

伊根町長 様

申請者
(納税義務者)

住所
 氏名 印
 電話番号
 個人番号又は法人番号 ※右詰で記載してください。

登録番号 取得年月日
 年 月 日

種別・用途 車名及び型式 車台番号

定置場 (使用の本拠の位置)

所有者又は使用者住所 氏名

変更なし	新規・変更	運転者住所	氏名
		運転者免許番号 種類	交付年月日 年 月 日
		免許条件	有効期限 年 月 日

変更なし	新規・変更	障害者住所	
		手帳の番号(身障・戦傷・療育) 号	交付年月日 年 月 日 生年月日 年 月 日
		障害名・傷病名	障害の程度・傷病の程度 症 級

減免を受けようとする理由

使用状況に関する事項

氏 名	障害者との続柄	障害者との生計の関係 (不要な方を消す事)	使用時間	1 日 約 時間 分
障害者	本人			1 月 約 時間 分
申請者		生計を一にしている 生計を異にしている		上のうち障害者のために使用する時間 1 日 約 時間 分
運転者		生計を一にしている 生計を異にしている		1 月 約 時間 分

上記のとおりもっぱら障害者のために自動車を使用します。
 申請者 氏名 印

現在受けている減免の状況(不要な方を消す事)
 上記以外の自動車について自動車税・軽自動車税の減免を 受けている / 受けていない

※記載事項		身体障害者手帳確認 年 月 日	運転免許証確認 年 月 日	整理番号
-------	--	--------------------	------------------	------

自動車検査証によって
記入してください

運転免許証によって
記入してください

身体障害者手帳等によって
記入してください

※障害者以外の方が所有または運転する場合は、その人が障害者と生計を一にしている場合に限りです。
 ※必要事項を記入の上、自動車検査証・運転免許証・身体障害者手帳・個人番号票等を添えて申請してください。