

記入例

会津美里町長 様

申請者 住所 会津美里町〇〇字〇〇123番地
(納税義務者) (フリガナ) ミサト タロウ
氏名 美里 太郎
個人番号(0123456789××)
電話番号(0242-〇〇-〇〇)
身体障がい者等との関係 (本人)

必要書類・身体障害者手帳等

- ・運転する方の運転免許証(写)
- ・自動車検査証等(写)
- ・軽自動車税(種別割)納税通知書
- ・マイナンバーカード等

会津美里町税条例第90条の規定に基づき、下記のとおり軽自動車税(種別割)の減免を申請します。

記

減免を受ける車両	車両(標識)番号	会津580あ〇〇〇〇			申請者と異なる場合は「その他」に✓を入れてそれぞれ記入してください。
	主たる場所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ			
	種別	・軽自動車(<input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 三輪 <input checked="" type="checkbox"/> 四輪乗用自家用 <input type="checkbox"/> 四輪貨物自家用) ・原動機付自転車(<input type="checkbox"/> 一種 <input type="checkbox"/> 二種乙 <input type="checkbox"/> 二種甲 <input type="checkbox"/> ミニカー) ・小型特殊自動車(<input type="checkbox"/> 農耕作業用 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 二輪小型自動車			
	用途	<input checked="" type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> 乗合 <input type="checkbox"/> 特種			
身体障がい者等に関する事項	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ			
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ (フリガナ) <input type="checkbox"/> その他 氏名 ()			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日 (年齢 〇〇歳)			
	手帳番号	0123〇〇	交付年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	障がい名	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 ・運動(<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 移動) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 戦傷病			
	障がいの程度	①・2・3・4・5・6・A・その他 ()			
運転者に関する事項	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (フリガナ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 氏名 (身体障がい者等との関係 (ミサト ハナコ 美里 花子 妻)			
	免許証番号	0123456789××			
	交付年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	有効期限	〇〇年〇〇月〇〇日	
	種類	<input type="checkbox"/> 大型 <input checked="" type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大特 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> 普自二 <input type="checkbox"/> 小特 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	条件	<input checked="" type="checkbox"/> 中型車は8tに限る <input type="checkbox"/> 準中型車は5tに限る <input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> AT限定 <input type="checkbox"/> その他 ()			

申立欄は身体障がい者等と運転者が同じ場合は記入の必要はありません。

※ 身体障がい者等本人以外の方が運転する場合は次のとおり記入・押印願います。

私は、当該身体障がい者等 と生計を一にする者 を常時介護する者であり、当該身体障がい者等のため (通学 通院 通所 生業) に運転することを申し立てます。

〇〇年〇〇月〇〇日 運転者 氏名 美里 花子

※該当箇所の□に✓を記入してください。