

軽自動車税（種別割）減免申請書（障がい）

年 月 日

会津美里町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (納税義務者) (フリガナ)  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 身体障がい者等との関係 ( ) \_\_\_\_\_

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			
	主たる置場	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 住所 ( ) _____		
	種別	・ 軽自動車 ( <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 三輪 <input 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 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 type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 住所 ( ) _____		
	氏名	<input 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 年 月 日 (年齢 歳)		
	手帳番号	交付年月日	年 月 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 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 type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 住所 ( ) _____		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (フリガナ) <input type="checkbox"/> その他 氏名 ( ) _____ 身体障がい者等との関係 ( ) _____		
	免許証番号			
	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	種類	<input type="checkbox"/> 大型 <input 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 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	※ 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 <input type="checkbox"/> と生計を一にする者 <input type="checkbox"/> を常時介護する者 であり、当該身体障がい者等のため ( <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業 ) に運転することを申し立てます。  年 月 日 運転者 氏名		

※該当箇所の□に✓を記入してください。