

軽自動車税減免申請書（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			
	主たる場所	<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。