

軽自動車税(種別割)減免申請書

令和 年 月 日

美里町長 殿

住所(所在地) _____

納税義務者 氏名(名称) _____

電話番号 ()

個人(法人)番号

下記の車両に課税される種別割の減免を申請します。

車両(標識)番号			
種別	<input type="checkbox"/> 軽自動車(四輪) <input type="checkbox"/> その他()		
原動機の形式 総排気量、形状			
所有者等住所 (所在地)	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ		
所有者等氏名 (名称)	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ		
主たる定置場	<input type="checkbox"/> 納税義務者の住所(所在地)と同じ		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 身体障害者等 <input type="checkbox"/> 公益法人等 <input type="checkbox"/> 構造上身体障害者等のために作られた車両		
使用目的(用途)	<input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他()		
申請の理由が「身体障害者等」の場合のみ以下をご記入ください。			
運 転 者	住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ	
	身体障害者等との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
運転免許証	種類、番号	交付年月日	年 月 日
	条 件	有効期限	年 月 日
身体障害者等	住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ	年齢
障害名及び 等級等	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級 (程度)
	手帳番号	交付年月日	年 月 日
	障 害 名		

※ □にはレ点を記入してください。

※ 車検証の写しを提出した場合は、「原動機の形式、総排気量、形状」欄の記載を省略できます。

※ 運転免許証の写しを提出した場合は、「運転免許証」欄の記載を省略できます。

※ 身体障害者手帳等の写しを提出した場合は、「障害名及び等級等」欄の記載を省略できます。