

身体障がい者等に係る軽自動車税(種別割)減免申請書



申請日	令和 年 月 日
-----	----------

(あて先) 大河原町長
大河原町条例
第90条第2項の
規定に基づいて
申請します。

申請者	住所											
	氏名											
	個人番号											
	電話番号											

必要事項に○または記入ください。

年 度	令和 年度	税 額	円	
軽自動車等	車両番号(標識番号)			
	主たる定置場	申請者の住所と同じ ・ 他 ()		
	種 別	原動機付自転車 ・ 軽自動車 ・ 他 ()		
	用 途	乗用 ・ 貨物 ・ 他 ()		
	使用目的	通院 ・ 通学 ・ 通勤 ・ 生業 ・ 他()		
身体障がい者等	氏 名	申請者と同じ ・ 他 ()		
	住 所	申請者と同じ ・ 他 ()		
	生年月日及び年齢	年 月 日生 (歳)		
	申請者との関係	本人 ・ 同一生計者 (続柄)		
	障がい者手帳	種 類	障がい ・ 戦傷 ・ 療育 ・ 精神	
		番 号	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 第 号	
		交付年月日	年 月 日	
		障 害 名		
	障害の程度	級		
運転する者	氏 名	申請者と同じ ・ 他 ()		
	住 所	申請者と同じ ・ 他 ()		
	身体障がい者との関係	本人 ・ 同一生計者 (続柄) ・ 常時介護人		
	免 許 証	番 号	第 号	
		交付年月日	年 月 日	
		有効期限	年 月 日	
		種 類	中型 ・ 他 ()	免許の条件

※以下職員使用欄のため記入しないでください。

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理権の確認
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 (写真付き) <input type="checkbox"/> 社員証 (写真付き) <input type="checkbox"/> その他 () 記号・番号 ()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 (写真なし) <input type="checkbox"/> 学生証 (写真なし) <input type="checkbox"/> 地方税等の領収書 <input type="checkbox"/> 住民票等の写真なし公的書類 <input type="checkbox"/> その他 () 記号・番号 ()	確認者