

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

申請日 年 月 日 壱岐市長 様	申請者住所	壱岐市 町 触 番地										障害者との続柄
	申請者氏名											
	電話番号											
納税義務者	住所	壱岐市 町 触 番地										
	氏名											
	個人番号											
身体障害者等	住所	壱岐市 町 触 番地										
	氏名											
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日										
手帳等の種類等	※番号を○で囲む 1 身体障害者手帳 2 戦傷病者手帳 3 療育手帳 4 精神障害者保健福祉手帳 5 障害の状態に関する証明書及び患者票					手帳等番号			手帳等の障害名			
						手帳等交付年 月 日	年 月 日					
						障害の程度	級					
運転者住所		壱岐市 町 触 番地										
運転者氏名							障害者との続柄					
運転免許の内容	種類						免許番号					
	交付年月日	年 月 日					条件等					
	有効期限	年 月 日										
申請理由 (用途及び使用目的) ※番号を○で囲む		1 本人所有・本人運転…障害者が取得し、自ら運転する。 2 家族所有・本人運転…障害者と生計を一にする者が取得した自動車を、障害者本人が運転する。 3 本人所有・家族運転…障害者が取得した自動車を、専ら障害者の通学・通院・生業のために、生計を一にする者が運転する。 4 家族所有・家族運転…障害者と生計を一にする者が取得し、専ら障害者の通学・通院・生業のために運転する。 5 その他 ()										
減免を受けようとする自動車 (※内容は自動車検査証のとおり記入して下さい。)	車両番号				用途				【税 額】 円			
	形状				車台番号							
	主たる定置場所											

(注) 1. 申請書の提出期限は納期限までとなっています。
 2. この申請書には、申請事由を証明する書類を添付してください。

処理欄	番号確認		身元確認	
-----	------	--	------	--

適否	承認・却下	(却下理由)
----	-------	--------