

みやこ町軽自動車税減免申請書(身体障害者等用)

(受 付 印) みやこ町長 あて		申請年月日		令和 年 月 日			
		申請者 (納税義務者)	住 所				
			フリガナ				
			氏 名		㊟		
			個人(法人)番号				
		電話番号		身体障害者等との関係			
みやこ町税条例第90条第2項の規定により、_____年度軽自動車税の減免を受けたいので申請します。							
車 両 番 号							
軽自動車等の種別		原付50cc 原付90cc 原付125cc 軽二輪 四輪乗用 四輪貨物					
自動車 検査証	所有者	住所氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
		住所氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	使用者	住所氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
		住所氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
主たる定置場		<input type="checkbox"/> 申請者所在地に同じ					
障害者手帳等の交付を受けている人及び障害者手帳等	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	氏 名		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	手帳の番号		第 号				
	交付年月日		年 月 日				
	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者 保健福祉手帳		
	等級	障 害 名		障害の程度		等 級	
軽自動車等を運転する人及び運転免許証	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		身体障害者等との関係		
	氏 名		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	運転免許証の番号		交付年月日		年 月 日		
			有効期限		年 月 日		
生計同一の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
常時介護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
用 途							
使 用 目 的		1 通学 2 通所 3 通院 4 通勤 5 生業					
		1から4までの方は行先及び回数		行先() 回数()/週			
備 考							

※身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳、自動車検査証、納税通知書、運転免許証及び印鑑を持参して納期限までに申請してください。