

| 軽自動車税減免申請書 | | | |
|---|--|-------|----------------|
| (宛先) 山武市長 申請人 住(居)所(所在地) 氏名(名称) ④ 電話番号(連絡先) 市税条例第90条第2項の規定により下記のとおり申請します。 | | 年 月 日 | |
| 納税義務者 | 住(居)所(所在地) 氏名(名称) 個人番号 | | |
| 軽自動車等 | 車両番号又は標識番号 | | 左の指定年月日 |
| | 種別 | | 形状 |
| | 車名 | | 車台番号 |
| | 型式及び年式 | | 原動機の総排気量又は定格出力 |
| | 原動機の型式 | | 型式認定番号 |
| | 用途及び使用目的 | | 主たる定置場 |
| 税額等 | | 年度 | 通知書番号 |
| | 税額 | 円 | |
| 身体障害者等 | 住(居)所 氏名 年齢 年 月 日生(才) | | |
| 身体障害者手帳等 | 種別 障害名 番号 障害の程度(等級) 交付年月日 年 月 日 | | |
| 運 転 者 | 住(居)所 氏名 身体障害者等との続柄() | | |
| 運 転 免 許 証 | 番 号 交付年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日 免許の種類 免許の条件 | | |
| 減免を受けようとする理由 (□を選んでチェック) | <input type="checkbox"/> 身体障害(または、戦傷病者、精神障害)の認定を受けており、通院等に必要のため減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 身体障害(または、戦傷病者、精神障害)の認定を受けている者の家族であり、通院等送迎に必要なため減免を申請します。 <input type="checkbox"/> そのほか(理由:) | | |
| 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 納付書 (<input type="checkbox"/>) | | |

(注) この申請書に、申請事由を証明する書類を添付してください。