軽自動車税減免申請書（身体障害者等用）

受付印

令和　　年　　月　　日

大槌町長 殿

納税義務者	住　所	
	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（年齢　　）
	電話番号	
	個人番号	

大槌町税条例第86条第1項第1号の規定により、軽自動車税の減免について次のとおり申請します。

障害者等の手帳について（障害をお持ちの方）	納税義務者との関係	1. 本人（納税義務者と同じ）　2. 本人以外（続柄：　　）			
	住　所	※上記2の方のみ記入			
	氏　名	※上記2の方のみ記入 （生年月日：昭・平　年　月　日）			
	手帳の種類及び障害の程度	身体障害者手帳		療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
		機能障害（　　級）		A・B ※Aのみ減免対象	級 ※1級のみ減免対象
	手帳の番号	第　　号	交付日	昭・平・令　年　月　日	
免許証について（運転する方）	納税義務者との関係	1. 本人（納税義務者と同じ）　2. 本人以外（続柄：　　）			
	住　所	※上記2の方のみ記入			
	氏　名	※上記2の方のみ記入 （生年月日：昭・平　年　月　日）			
	運転免許証番号	第　　号	交付日	平成・令和　年　月　日	
	免許の種類及び条件		有効期限	平成・令和　年　月　日	
軽自動車等	標識番号		種別・用途		
	使用目的	1 通学・通所　2 通院　3 通勤　4 生業　5 その他（　　）			
備　考				＜確認欄＞ □納税通知書（提出） □障害・療育手帳（コピー） □免許証（コピー） □車検証（コピー） □マイナンバーカード等（提示）	