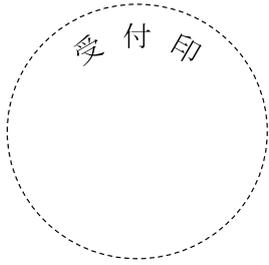


軽自動車税減免申請書(身体障害者等用)



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	級				
	※Aのみ減免対象					※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 > <input type="checkbox"/> 納税通知書(提出) <input type="checkbox"/> 障害・療育手帳(コピー) <input type="checkbox"/> 免許証(コピー) <input type="checkbox"/> 車検証(コピー) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード等(提示)											