

## 軽自動車税減免申請書

〔身体障害者用・戦傷病者用・知的障害者用・精神障害者用〕  
〔常時介護者運転用(身体障害者・戦傷病者・知的障害者・精神障害者)〕

令和 年 月 日

綾部市長 四方 源太郎 様

申請者(納税義務者)

住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人(法人)番号 \_\_\_\_\_

車両番号		取得年月日 昭・平・令 年 月 日	
種別 軽自動車・( )	用途 乗用・貨物	車名	型式
車台番号	乗車定員 人( )	排気量	cc kw
定置場(使用の本拠の位置) <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
所有者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		氏名 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	
運転者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		氏名 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	
運転免許 種類	番号	免許の条件等 <input type="checkbox"/> 中型車は中型車(8t)に限る <input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/>	
運転免許の交付年月日 平・令 年 月 日		運転免許の有効期限 年 月 日	
障害者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		障害者の氏名 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	
障害者手帳の種類・番号 (身障・戦傷・療育・精神)	障害者手帳交付年月日	障害者の生年月日	
府・市 号	大・昭・平・令 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	
障害名、傷病名		障害、傷病の程度 級・症	
減免を受けようとする理由 <input type="checkbox"/> 日常生活で使用するため <input type="checkbox"/> 通院のため <input type="checkbox"/> その他( ) ) 現在受けている減免の状況(該当の番号を○で囲んでください。) ① 軽自動車税の減免を受けている。 (車両番号・標識番号 ) ② 自動車税の減免を受けている。 (車両番号 )			

◎ 障害者以外の方が所有又は運転する場合は、『使用状況に関する事項』も記入してください。

決 裁	課長	課長補佐	担当	受付者

### 使用状況に関する事項

氏名	勤務先	障害者との続柄	生活状況
障害者 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	勤務先・学校(施設)名	本人	<input type="checkbox"/> 単身で生活している <input type="checkbox"/> 単身で生活していない
申請者 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	勤務先		<input type="checkbox"/> 生計を一にしている <input type="checkbox"/> 生計を異にしている
運転者 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ	勤務先		<input type="checkbox"/> 生計を一にしている <input type="checkbox"/> 生計を異にしている
障害者のために軽自動車等を使用する内容		左以外のために軽自動車等を使用する内容	
使用の目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
使用する区間	自宅 ↔ 病院施設	自宅 ↔	
使用時間	1日 平均 約 時間 分 上記のうち障害者等のために使用する時間 1日 平均 約 時間 分		
上記のとおり専ら障害者のために軽自動車等を使用します。 運転者氏名			