

軽自動車税（種別割）減免申請書（身体障害者用）

年 月 日

申請者 (納税義務者)		住所		
		氏名		
		電話番号		
		個人番号又は法人番号 ※右詰めで記載してください		
登録番号		取得年月日 年 月 日		
種別・用途		車名及び型式	車台番号	
定置場（使用の本拠の位置）				
所有者又は使用者住所			氏名	
変更なし	新規・変更	運転者住所		氏名
		運転免許所番号		交付年月日 年 月 日
		免許の条件		有効期間 年 月 日
変更なし	新規・変更	障害者住所		氏名
		手帳の番号（身障・戦傷・療育）	交付年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日
		障害名・傷病名	障害の程度・傷病の程度	
減免を受けようとする理由 志賀町税条例第97条第1項第1号による。				
使用状況に関する事項				
氏名		障害者との続柄	障害者との生計の関係	備考
障害者		本人		
運転者				
※記載事項	障害者手帳等確認	本人確認書類	整理番号	備考