

軽自動車税(種別割)減免申請書(身体障害者等)

年 月 日

久喜市長 あて

住 所 _____

申請者
(納税義務者)

氏 名 _____

電 話 () _____

身体障害者等との関係 本人 他() _____

個 人 番 号

久喜市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり種別割を減免されたく申請します。

1 車両番号等及び申請理由

<input type="checkbox"/> 久喜市 <input type="checkbox"/> 春日部 <input type="checkbox"/> 大宮	主たる定置場(使用の本拠の位置) <input type="checkbox"/> 納税義務者の住所に同じ <input type="checkbox"/> その他()	種 別 <input type="checkbox"/> 原 付 <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> そ の 他	用 途 <input type="checkbox"/> 貨 物 <input type="checkbox"/> 乗 用 <input type="checkbox"/> 特 殊
申 請 理 由		車 両 の 使 用 目 的	
<input type="checkbox"/> 外 出 <input type="checkbox"/> 通 院 <input type="checkbox"/> 通 学 <input type="checkbox"/> 通 勤 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 事業用	

2 手帳の内容について

氏 名 <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ (住所記入省略) <input type="checkbox"/> 他()	住 所 ※「他」にチェックをつけた方のみ記入	生 年 月 日 年 月 日 (歳)
手帳種類・番号 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 第 号	交付年月日 年 月 日	障 害 名 視覚・聴覚・平衡・音声・上肢・下肢 体幹・運動機能(上肢)・運動機能(移動) 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸 小腸・免疫・肝臓 その他()
		障 害 等 級 級

3 運転者について

氏 名 <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ (住所記入省略) <input type="checkbox"/> 他()	住 所 ※「他」にチェックをつけた方のみ記入	身体障害者等との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他()
運転免許証番号 第 号	免許交付年月日 年 月 日	免許有効期限 年 月 日
		免許の種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 他()
免 許 の 条 件 等		

※減免申請の際はこの申請書に以下の書類を添付して、毎年度納期限までに提出してください。

- 身体障害者手帳・戦傷病者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳のいずれか
- 運転免許証の写し
- 納税通知書