

軽自動車税減免申請書

令和〇年〇月〇〇日

(宛先)
新発田市長

(納税義務者) 住所

新発田市中央町 3-3-3

電話番号

0254 (22) 3030

氏名

新発田 太郎

身体障がい者等との関係

(記載不要)

個人番号又は法人番号

※右詰めで記載してください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

市税条例第 79 条第 2 項の規定により申請します。

なお、自動車税(種別割)又は他の軽自動車税(種別割)で減免を受けている車両はありません。

減免を受けようとする理由

専用

- 所有者自らが身体障がい者で、専ら所有者本人が運転するため。
- 所有者が障がい者で専ら身体障がい者等の通学、通院、通所又は生業のため障がい者等と生計を一にするものが運転するため。
- 所有者が年齢 18 歳未満の身体障がい者と生計を一にし、身体障がい者の通学、通院、通所又は生業のため生計を一にする者が運転するため。
- 所有者が知的障がい者と生計を一にし、知的障がい者の通学、通院、通所又は生業のため生計を一にする者が運転するため。
- 所有者が精神障がい者と生計を一にし、精神障がい者の通学、通院、通所又は生業のため生計を一にする者が運転するため。

障がい者	住 所	<input type="checkbox"/> 1 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 2		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 1 申請者氏名と同じ <input type="checkbox"/> 2		
	生年月日		年 齢	
軽自動車等の運転者	住 所	<input type="checkbox"/> 1 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 2		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 1 申請者氏名と同じ <input type="checkbox"/> 2		
	障がい者等との関係			
<ul style="list-style-type: none"> 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 	番 号			
	交付年月日			
	障害者の区別及び級別			
軽自動車等の運転者の運転免許証	番 号			
	交付年月日		有効期限	
	免許の種類		条 件	
軽自動車等	登録(車両)番号	新潟〇〇あ 1 2 3 4	原動機の型式	T A - S 2 1 0 P
	主たる定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 1 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 2		
	車 種	軽四輪 乗用 自家用	原動機の総排気量又は定格出力	6 5 0 c c
	用 途	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
年 度	識 別 番 号	税 額	納 期 限	
令 和 年 度		円	令 和 年 月 日	

※ 太線内は何も記入しないでください。