

記入例

軽自動車税(種別割)減免申請書 (身体障がい者等用)

令和 ○年 ○月 ○日

大野城市長 井本 宗司 様

納税通知書に記載された、
納税義務者名を記入して

(納税義務者) 住所 大野城市曙町2-2-1

氏名 大野 太郎

日中連絡がつく電話番号

電話 092 (580) 1827

障がい者等との続柄 本人

大野城市税条例第90条の規定により、軽自動車税(種別割)の減免について下記のとおり申請します。

手帳の内容 (<input type="checkbox"/> 別紙)	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
	住 所	大野城市曙町2-2-1		
	氏 名	大野 太郎	年 齢	50 才
	交 付 番 号	第 ○○○○○○	号	
	交 付 年 月 日	大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日		
	障 害 名	脳性麻痺による四肢・体幹機能障害		
障害の等級または障害の程度	総合判定	1 級	項 症	款 症
運転免許証又はマイナ免許証の内容 (<input type="checkbox"/> 別紙)	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/>		
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ <input type="checkbox"/>		
	交 付 番 号	第 ○○○○○○○○○○	号	
	交 付 年 月 日	大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日		
	種 類	大型・普通 <input checked="" type="checkbox"/> 中型・大特・自二・小特・原付・その他()		
	有 効 期 限	平成・令和 ○年 ○月 ○日		
条 件	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> オートマに限る <input type="checkbox"/>			
車両内容 (<input type="checkbox"/> 別紙)	車 両 番 号	福岡 580 あ ○○○○		
	主たる定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	種 別	<input type="checkbox"/> 原付一種 <input type="checkbox"/> 原付二種(乙) <input type="checkbox"/> 原付二種(甲) <input type="checkbox"/> ミニカー <input type="checkbox"/> 小型特殊(農耕) <input type="checkbox"/> 小型特殊(その他) <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 二輪の小型 <input checked="" type="checkbox"/> 四輪乗用自家 <input type="checkbox"/> 四輪貨物自家用		
	用 途 及 び 使 用 目 的	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通園 <input type="checkbox"/>		

左記内容は、
①手帳の全ページのコピー、
②運転免許証またはマイナ免許証かつ免許情報のコピー
③車検証のコピー、
が提出されていれば記入していただく
なくても大丈夫です。
なお、上記3つのコピーは、申請に

記入してください。

※上記内容の記載については、障がい者手帳、運転免許証又はマイナ免許証かつ免許情報、車両内容が分かる証明の写しでも可能です。

窓口もしくは郵送で届出を

(届出者) 住所 大野城市曙町2-2-1

氏名 大野 花子

日中連絡がつく電話番号

電話 092 (580) 1827

障がい者等との続柄 本人 妻