様式第２号（第７条関係）

　　　年　　　月　　　日

内子町長　様

**年度分**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者  （納税義務者） | 住　所 |  | |
| （フリガナ）  氏　名 | 署名又は記名押印 | |
| マイナンバー |  | |
| 電話番号 |  | |
| 身体障がい者等との関係 | |  |

**軽自動車税（種別割）減免申請書（身体障がい者等用）**

内子町税条例第90条第1項第1号の規定により、軽自動車税の種別割の減免を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 車両番号又は標識番号 | | |  | | | 種別 | | 軽 自 動 車 ・ 原 付  そ の 他 ( 　　　　　) | | | |
| 車両の主たる定置場 | | | １　所有者の住所  ２　その他（　　　　　　　　　　） | | | 用途 | | 乗　用　・　貨　物 | | | |
| 障がい者の状況 | 住所 | | □申請者（納税義務者）と同じ | | | | | 生 年  月 日 | | 明・大・昭・平・令 | |
| 年　　 月　 　日 | |
| 氏名 | | □申請者（納税義務者）と同じ | | | | | 年 齢 | | 歳 | |
| 手帳の内容 | 種類 | 身障・戦傷・療育・精神 | | 交付年月日 | | | | 年 月 日 | | |
| 障がい名 | | | |  | | |
| 番号 | 第　　　　　　　　　号 | |
| 等級又は程度 | | | | 級  判定 | | |
| 運転する者の状況 | 住所 | | □申請者（納税義務者）と同じ | | | | | | | | 身体障がい者等  との関係 |
| 氏名 | | □申請者（納税義務者）と同じ | | | | | | | |  |
| 運転免許証の番号 | |  | 第　　　　　　　　　号 |  | | 交付年月日 | | | 年　 月　 日 | |
| 有効期限 | | | 年　 月　 日 | |
| 主たる使用目的  (身体障がい者等以外が運転する場合) | | 通学・通園・通所・通院・通勤・生業・帰省・その他（　　　　　　　　　　　）  ※継続して週1回以上又は月4回以上（常時介護の場合は、週3回程度以上かつ継続して1年以上） | | | | | | | | |

※この申請書は、減免の要件に該当することとなった日から納期限までに提出してください。

※□内には、該当する場合にチェックを入れてください。

※減免申請をする際に必要なもの

①身体障がい者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障がい者保健福祉手帳のいずれか

②運転する方の運転免許証（写しで可）

③自動車検査証（写しで可）

④マイナンバーカード

※記載内容に変更があった場合または減免の事由が消滅した場合は、直ちにその旨を届け出てください。