

軽自動車税(種別割)減免申請書

(あて先)早川町長

申請者(納税義務者)

住所

フリガナ

氏名

印

個人番号(12桁)

電話番号

早川町税条例第90条第2項の規定により、下記のとおり減免を申請します。

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|----------------|-------|
| 障害者手帳を等の 交付を受けている人 | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 生年 月日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 月 日 |
| 障害者手帳等の番号 | 都・道・府・県 第 号 | | | | |
| 障害者手帳等 の交付年月日 | S・H・R . . 交付 | | | | |
| 障害名及び障害程度 (障害名例:呼吸機能障害) (等級例:2級など) | <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 | | | 等級 | |
| | 障害名 | | | | |
| 軽自動車等 の所有者 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 手帳交付を 受けている 人との関係 | | |
| 軽自動車等 の登録番号 | | | | | |
| 自家用・営業用の別 | <input type="checkbox"/> 営業用 <input type="checkbox"/> 自家用 | | | | |
| 軽自動車等 の使用者 (軽自動車を運転する人) | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 手帳交付を 受けている 人との関係 | | |
| | 運 転 免 許 証 | 免許証番号 | | | |
| | | 交付年月日 | H・R . . | 種類 | |
| 有効期限 | H・R | 年の誕生日まで有効 | 条件等 | | |
| 軽自動車等 の使用目的 | 病院に通院 学校に通学 するために使用します。 施設に通所 | | | | |
| 届出者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | |