

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	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 . . 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		