

大崎町長 殿

軽自動車税（種別割）減免申請書

大崎町町税条例第90条の規定により軽自動車税の減免を申請します。

◆減免の申請者

納税義務	住 所 (所 在 地)		電話番号											
	氏 名 (名 称)		個人番号 (法人番号)											

◆減免を申請する理由（減免申請の種類）

1. 身体障害者	2. 公益専用車両	3. 福祉車両	4. その他
----------	-----------	---------	--------

◆減免を受ける軽自動車等

車 両 情 報	種 別 及び用途	種別： 軽自動車・他（ ） 用途： 乗用・貨物・他（ ）			総排気量又は 定格出力	
	車両番号 (標識番号)		型 式		最高出力	
	届 出 等 年 月 日	年 月 日	原動機 型 式		形 状	
定 置 場						
使用目的		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 他（ ）				

◆身体障害者等に係る情報等（注：マイナ免許証のみの方は、免許画像の掲示が必要）

身 体 障 害 者 等	住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ	生年月日	年 月 日	
	障害者手帳 の番号	鹿児島県／（ ） 町（市 村） 第 号	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健	
	障害の区分及 び等級（程度）	心臓・腎臓・肝臓・視覚・聴覚・体幹・上肢・下肢 他（ ） 級— 種	手帳の交付 年月日	年 月 日	
運 転 す る 者	住 所 (所 在 地)	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ <input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ		障害者との 関係	本人・生計同一者 (続柄：)
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ <input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ		運転免許証 有効期限	年 月 日 まで有効
	運転免許証	番 号： 第 号 交付年月日： 年 月 日		種類：大型・中型・普通・原付 他（ ）	

（備考）提出期限 年 月 日厳守

注 1 次に掲げる書類を提示すること。
（1） 身体障害者手帳，戦傷病者手帳，療育手帳又は精神保健福祉手帳
（2） 身体障害者，身体障害者等と生計を一にする者又は身体障害者等（身体障害者等のみで構成される世帯に属する者に限る。）を常時介護する者の運転免許証
（3） 減免の対象となる自動車の自動車検査証（電子車検証をお持ちの方は，原本と「自動車検査証記録事項」を添付）
注 2 減免の対象となる自動車が専ら身体障害者等の通学，通院，通所又は生業のために，当該身体障害者等（身体障害者等のみで構成される世帯に属する者に限る。）を常時介護する者によって運転されるものであるときは，その事実を証明できるものを添付すること。