



瀬戸内町長 様

令和

年度 軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

自動車検査票によって
記入してください

運転免許証によって
記入してください

身体障害者手帳等によって
記入してください

申請者 (納税義務者)		住所			
		氏名			
		電話番号			
登録番号		取得年月日			
種別・用途		車名及び型式		車台番号	
定置場(使用の本拠の位置)					
使用者又は使用者住所				氏名	
鹿児島県大島郡瀬戸内町大字					
変更なし	新規・変更	運転者住所		氏名	
		運転免許証番号 種類		交付年月日	
		免許の条件		有効期間	
変更なし	新規・変更	障害者住所		氏名	
		手帳の番号(身障・戦傷・療育)		交付年月日	
		障害名・傷病名		障害の程度・傷病の程度	
減免を受けようとする理由					
使用状況に関する事項					
氏 名		障害者との 続柄	障害者との生計の関係 (不要な方を消す事)	1 日 約 時間 分	
障害者				1月平均 約 時間 分	
申請者			生計を一にしている 生計を異にしている	上のうち障害者のために使用する時間	
運転者			生計を一にしている 生計を異にしている	1 日 約 時間 分	
上記のとおりもっぱら障害者のために自動車を使用します。 申請者 氏名 印					
現在受けている減免の状況(不要な方を消す事) 受けている 上記以外の自動車について自動車税・軽自動車税を 受けていない					
※記載事項			身体障害者手帳確認	運転免許証確認	整理番号
			年 月 日	年 月 日	

※障害者以外の人が所有または運転する場合は、その人が障害者と生計を一にしている場合に限りします。
※必要事項を記入の上、自動車検査証・運転免許証・身体障害者手帳等を添えて申請してください。