



中 土 佐 町 長 様

申請者(納税義務者) ※本人自筆の場合は押印不要

申請者住所 高岡郡中土佐町

氏 名 (印)

電 話 番 号

身体障害者等との関係 本人 その他()

個 人 番 号

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

中土佐町税条例第90条第2項の規定により、下記のとおり軽自動車税の減免を申請します。

自動車車検証による記入して下さい

軽自動車	標識番号		用途	<input type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> その他()
	種別	<input type="checkbox"/> 四輪乗用	<input type="checkbox"/> 四輪貨物	<input type="checkbox"/> 原付一種
	使用者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外:		
	所有者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外:		
	主たる定置場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他:中土佐町		
	使用目的	<input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他:		

身体障害者手帳等による記入して下さい

身体障害者手帳等による記入して下さい	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外:高岡郡中土佐町		
		氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外:		
		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
		手帳種別 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 戦傷病者 <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉	番 号	高知県 第 号	
			交付年月日	平成・令和 年 月 日	
			障 害 名		
等 級	級				

運転免許証による記入して下さい

運転免許証による記入して下さい	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更	運転者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 生計同一者 <input type="checkbox"/> 常時介護者		
		氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外: 障害者等との続柄()		
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外:		
		運転免許証	番 号	第 号	
			交付年月日	平成・令和 年 月 日	
			有効期限	平成・令和 年 月 日	
免許の種類					
免許の条件	なし ・ あり()				