

令和 年 月 日

受付印

中土佐町長 様

申請者(納税義務者)

申請者住所 中土佐町

氏 名

電 話 番 号

身体障害者等との関係  本人  その他( )

個人番号

(マイナンバー)

### 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。

※ 自動車検査証に記載されている内容を記入してください。

軽自動車	標識番号	
	種 別	<input type="checkbox"/> 四輪乗用 <input type="checkbox"/> 四輪貨物 <input type="checkbox"/> 原付一種 <input type="checkbox"/> その他( )
	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記載されている内容を記入してください。

手帳の情報	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外: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	番 号	別紙 手帳写しのおり
	<input type="checkbox"/> 身体障害者	交 付 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 戦傷病者	障 害 名		
<input type="checkbox"/> 療育手帳	等 級		
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉			

※ 運転者について記入してください。

運 転 者	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 (マイナ免許証でも可)	番 号	別紙 免許証の写しのおり
		交 付 年 月 日	
有 効 期 限			
免 許 の 種 類			
	免 許 の 条 件		