

令和 年度 軽自動車税減免申請書

佐用町長 様

令和 年 月 日

申請者（納税義務者）

住所(所在地)	
氏名(名称)	電話番号
法人番号	担当者氏名(法人の場合)

佐用町税条例第 89 条及び第 90 条の規定に基づき、下記の通り軽自動車税種別割の減免を申請します。

車両番号(標識番号)	種 別	
原動機の型式	排気量(確定出力) CC(kw)	形 状
用途及び 使用目的	<input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> その他()	
定置場所	<input type="checkbox"/> 住所地と同じ <input type="checkbox"/> その他(佐用町)	
当該 軽自動車を 利用する障 害者	住 所 ふりがな 氏 名 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	障害名 障害の程度 級 項症 款症
	手帳の番号及び交付年月日 第 号 昭・平・令 年 月 日	
当該 軽自動車の 運転者	住 所	運転免許証の番号及び交付年月日 第 号 昭・平・令 年 月 日交付 有効期限 平・令 年 月 日 種類 (条件)
	ふりがな 氏 名	
	障害者との関係 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居※	

※運転者が障害者と非同居の場合、扶養関係であることの確認が必要となります。

必要書類等：裏面をご確認下さい。 提出期限：5月31日（土、日曜日の場合は翌営業日）

○減免対象となる障害の区分（網掛け部分は戦傷病者手帳の交付を受けている方の対象範囲です。）

障害の区分		障害の程度		
		本人所有		18歳未満の障害者又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている障害者と生計を一にする者所有
		本人運転	生計を一にする者、 常時介護者運転	
視覚障害		1～4級		特別～第4項症
聴覚障害		2～4級		特別～第4項症
平衡機能障害		3級、5級		特別～第4項症
音声機能障害 (喉頭摘出の場合に限る)		3級		特別～第2項症
上肢不自由		1～6級	1～3級	
		特別～第6項症 第1～第3款症	特別～第5項症	
下肢不自由		1～6級		特別～第6項症、第1～第3款症
		特別～第6項症、第1～第3款症		
体幹不自由		1～3級、5級		特別～第6項症、第1～第3款症
		特別～第6項症、第1～第3款症		
乳幼児期以前の 非進行性の 脳病変による 運動機能障害	上肢機能	1～6級	1～3級	
	移動機能	1～6級		
心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、 直腸又は小腸の機能障害		1級、3級、4級		特別～第5項症
		特別～第5項症		
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		1～3級		
療育手帳の 交付を受けている方		重度（A）、中度（B1）		
精神障害者福祉手帳の 交付を受けている方		1級		

○必要書類

必要書類	対象車両	障害者本人が所有			生計を一にする者が所有		構造減免 (その構造が専ら 身体障害者等の 利用に供する ためのものである 軽自動車等)
		障害者本人 が運転	生計を一にする者 が運転		生計を一にする者 が運転		
			同居	非同居	同居	非同居	
減免申請書	○	○	○	○	○	○	○
手帳（原本）	○	○	○	○	○	○	
運転者の運転免許証 (写し可)	○	○	○	○	○	○	
自動車検査証 (写し可)	○	○	○	○	○	○	○
納税義務者の 個人番号（マイナンバー）	○	○	○	○	○	○	○
扶養関係であることが 分かるもの			○			○	
常時介護者申立書 (申請時に記入)				○			
構造の分かる写真							○

※ 障害者のみで構成される世帯の者を常時介護する者