令和　年度　軽自動車税種別割減免申請書

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 |
| 個人(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 | [ ] 日常生活 [ ] 通学 [ ] 通勤 [ ] 通院 [ ] 通所 [ ] 事業 [ ] その他(　　　　　　　 ) |
| 定置場所 | [ ] 住所地と同じ　[ ] その他（佐用町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当該軽自動車を利用する障害者 | 住　　所  | 　　　　　　　　　生年月日　大･昭･平･令　　 年　　 月　　 日 |
| 手帳の番号及び交付年月日第　　　　　　　　　　　　号昭･平･令　　　年　　　月　　　日 | 障害名 | 障害の程度級項症款症 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　 |
| 障害者との関係 | □同居□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（土日の場合は翌月曜日）

〇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。）



〇必要書類

