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

