

## 年度 軽自動車税種別割減免申請書

年 月 日

八雲町長 様

申請者 住所(所在地) \_\_\_\_\_  
 (納税義務者) 氏名(名称) \_\_\_\_\_  
 個人番号又は法人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により減免を受けたいので申請いたします。

減免を受けようとする軽自動車等	車両番号	函 館 八雲町	種別	<input type="checkbox"/> 原付自転車 <input type="checkbox"/> 軽四輪車 <input type="checkbox"/> 二輪小型車 <input type="checkbox"/> 軽二輪車
	申請理由	<input type="checkbox"/> 専ら身体障がい者等のために使用するもの <input type="checkbox"/> 専ら身体障がい者等の利用の用に供する構造のもの (装置名)		
	税 額	円	通知番号	
	用 途	<input type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物用 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	主たる定置場			
障がい者等に係る事項	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳		
	番 号	号	交付年月日	年 月 日
	住 所	納税義務者との関係		<input type="checkbox"/> 本人
	氏 名			<input type="checkbox"/> 生計を一にする者
	障がいの区分	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声機能 <input type="checkbox"/> 免疫機能 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 ( 上肢・下肢・体幹 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 内臓機能 ( 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・肝臓 )		
	等級等		年 齢	歳
車両の使用目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> その他 ( )		通院等の箇所	
自動車運転免許証に係る事項	住 所	障がい者等との関係		<input type="checkbox"/> 本人
	氏 名			<input type="checkbox"/> 生計を一にする者
	番 号			<input type="checkbox"/> 常時介護する者
	種 類	大型・中型・普通 準中・自二・原付	交付年月日	年 月 日
	免許の条件等		有効期限	年 月 日