様式第53号(第23条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請書番号　　　　　号

年　　月　　日

軽自動車税減免申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 申請者  (納税義務者) | 住所  氏名  電話番号  個人番号又は法人番号　※右詰めで記載してください。 | | | | | |
| 自動車検査票によって記入してください | 車両番号 | | | | | | | | 取得年月日  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 種別・用途 | | | | | 車名及び型式 | | | | | 車台番号 | | | |
| 定置場(使用の本拠の位置)　□申請者の住所に同じ | | | | | | | | | | | | | |
| 所有者又は使用者住所　□申請者に同じ | | | | | | | | | | 氏名　□申請者に同じ | | | |
| 運転免許証によって記入してください | 変更なし | 新規・変更 | 運転者住所　□申請者に同じ | | | | | | | | 氏名　□申請者に同じ | | | |
| 運転免許証番号　　　　　　　　　　　　種類 | | | | | | | | 交付年月日  年　　　月　　　日 | | | |
| 免許の条件 | | | | | | | | 有効期間  年　　　月　　　日 | | | |
| 身体障害者手帳等によって記入してください | 変更なし | 新規・変更 | 障がい者住所　□申請者に同じ | | | | | | | | 氏名　□申請者に同じ | | | |
| 手帳の番号(身障・戦傷・療育)  　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | 交付年月日  年　　　月　　　日 | | | | | | | 生年月日  年　　　月　　　日 |
| 障がい名・傷病名 | | | | | | | | 障がいの程度・傷病の程度  症  級 | | | |
| 減免を受けようとする理由　　　通院のため　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 使用状況に関する事項 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 障がい者との続柄 | 障がい者との生計の関係 | | | | | 使用時間 | | 1　　日　約　　時間　　分  　　　　1月平均　約　　時間　　分 | | |
| 申請者 | | |  | 生計を一にしている  生計を異にしている | | | | |
| 上のうち障がい者のために使用する時間  　　　　1　　日　約　　時間　　分  　　　　1月平均　約　　時間　　分 | | |
| 運転者 | | |  | 生計を一にしている  生計を異にしている | | | | |
| 上記のとおり専ら障がい者のために自動車を使用します。  申請者　氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 現在受けている減免の状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 上記以外の自動車について自動車税・軽自動車税の減免を | | | | | | | | | | | | 受けている  受けていない | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※記載  事項 |  |  |  | 身体障害者手帳等確認  年　　　月　　　日 | 運転免許証確認  年　　　月　　　日 | 整理番号 |

※障がい者以外の人が所有し、又は運転する場合は、その人が障がい者と生計を一にしている場合に限ります。

※必要事項を記入の上、自動車検査証・運転免許証・身体障害者手帳等を添えて申請してください。