

身体障がい者等に係る軽自動車税(種別割)減免申請書

令和 年 月 日

多久市長 様

多久市税条例第90条第2項の規定により、軽自動車税(種別割)の減免を申請します。

申請者(納税義務者)

住 所	多久市 町 番地
氏 名	障がい者との続柄 () 電話番号 - -
個人番号	原付(一種 二種乙 二種甲)
車両(標識)番号	種 別 軽四輪(貨物 乗用) その他
主たる定置場	<input type="checkbox"/> 住所に同じ ※異なる場合は記入()

身体障がい者等 手帳コピー添付有

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	明大昭平令 年 月 日(歳)
障がい名	1.視覚障害 2.聴覚障害 3.平行機能障害 4.上肢不自由 5.下肢不自由 6.体幹不自由 7.脳病変による上肢機能障害 8.傷病変による移動機能障害 9.心臓機能障害 10.腎臓機能障害 11.呼吸機能障害 12.音声言語機能障害 13.知的障害 14.膀胱又は直腸・小腸機能障害 15.精神障害 16.ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 17.肝臓機能障害		
障がいの程度	・身体障害者手帳(級) ・精神障害者保健福祉手帳1級 ・戦傷病者手帳(項症 款症) ・療育手帳A		
手帳番号	佐賀県第 号	交付年月日	明大昭平令 年 月 日

運転者 運転免許証コピー添付有

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 障がい者との続柄 ()	免許証番号	第 号
免許証の有効期限	平成 令和 年 月 日	免許証の交付年月日	昭平令 年 月 日
免許の種類	普通 自二 原付 その他() 条件()		
用 途	通院 通学 通勤 その他()	使用目的	通院通学先

※添付書類・・・身体障害者手帳等、納税通知書、運転免許証、使用目的の証明書(家族運転の場合)

届出者 申請者(納税義務者) 身体障がい者等 運転者

その他

(住所: 氏名:)

届出者本人確認 運転免許証 マイナンバーカード その他

備考 ・普通自動車税の減免や福祉課が発行するタクシー券との重複はできません。