

受 付

令和●年5月●日

軽自動車税（種別割）減免申請書
（身体障害者等に係る軽自動車用）

（宛先） 伊勢崎市長

申 請 者 （ 納 税 義 務 者 ）	住 所	伊勢崎市今泉町二丁目410番地														
	氏 名	伊勢崎 太郎					身体障害者等 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	電話番号	0270-××-××××	

伊勢崎市市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり申請します。

軽 自 動 車 等	車両番号又は 標識番号	群馬51あ●●●										住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ							
	主たる 定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ										氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者と同じ (●●歳)							
	種別・用途	<input checked="" type="checkbox"/> 四輪乗用・自家用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 四輪貨物・自家用 ()										種 類	<input checked="" type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神							
	使用目的	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 日常生活 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 生業 <small>※運転者=障害者の場合のみ</small>										記号・番号	1 2 3 4 5 6							
	所有者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ										交付年月日	令和▲年▲月▲日						
		氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者と同じ										身 体 障 害 者 手 帳 等	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 喉頭摘出による音声機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢不自由 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 体幹不自由 <input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性脳病変 による運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 上肢機能・ <input type="checkbox"/> 移動機能) <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸の機能障害 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害						
使用者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ										区 分 程 度				等級 (程度) 2級				
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者と同じ																		
運 転 免 許 証	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ																害 者 帳 等	伊勢崎 花子 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (妻)	
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ																		
	身体障害者等 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (妻)																		
	番 号	第 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 0 号																		
	交付年月日	令和●年●月●日																		
	有効期限	令和○年○月○日																		
免許の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他()										等級 (程度)	2級								
	免許の条件	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> その他()																		

身体障害者手帳の場合は「身体障害者等級表による級別」に記載されている等級を記入してください。

備 考

- この申請書は、納期限までに提出してください。
- 「個人番号」欄には、個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。なお、個人番号を有しない場合は、空欄としてください。
- 減免後、その事由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告してください。

確認欄	番号 確認	身元 確認
-----	----------	----------