

身体障害者等に対する軽自動車税の減免申請書

令和 年 月 日

(あて先)小松市長

住所 小松市

申請者 氏名 (減免を受ける者で対象車両の所有者) ㊟ (自署の場合は押印不要)

個人番号

連絡先 () -

次のとおり、小松市税条例第92条の2の規定により減免を申請します。
 なお、下記申請事項について関係部署への照会等により確認することに同意します。

令和 年度	整理番号	税 額	円	
対象車両	車両(標識)番号			
	主たる定置場	<input type="checkbox"/> 申請者の住所地 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	車両の種類別	<input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 軽二輪 <input type="checkbox"/> 軽四輪 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	用途及び使用目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体障害者等	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所地 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名	生 年 月 日	年 月 日	
	手帳の番号	身体・療育・戦傷・精神 石川県 第 号		
	手帳の交付年月日	年 月 日		
	障害名及び等級		級	
運転者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所地 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名			
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との関係	本人・続柄 ()
	運転免許証番号	第 号		
	交付年月日	年 月 日		
	有効期限	年 月 日		
	運転免許の種類	<input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	免許の条件等			
備考	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転者) <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 通院等証明書 <input type="checkbox"/> 福祉課等の証明 <input type="checkbox"/> 介護者の住民票			