

令和〇年度 軽自動車税減免申請書（身体障害者等に対する減免用）

(受付：)
 令和〇〇年〇〇月〇〇日
 福津市長 宛

申請者 (納税義務者)	住所	福津市中央1丁目1番1号
	氏名	福津 太郎
	生年月日	昭和00年00月00日
	電話番号	0000-00-0000
	個人番号	XXXX XXXX XXXX
	代理人氏名 (代理申請の場合)	福津 花子

福津市税条例第90条第1項第1号の規定により、次のとおり減免を申請します。

1. 減免対象車両 (□にチェック (✓) して下さい)

原付	<input type="checkbox"/> 第1種一般 <input type="checkbox"/> 第1種特定 <input type="checkbox"/> 第2種乙 <input type="checkbox"/> 第2種甲
	<input type="checkbox"/> ミニカー <input type="checkbox"/> 小型特殊 <input type="checkbox"/> 農耕作業用
軽自動車	<input checked="" type="checkbox"/> 四輪乗用(自家用) <input type="checkbox"/> 四輪貨物(自家用) <input type="checkbox"/> 軽二輪 <input type="checkbox"/> 軽三輪
	<input type="checkbox"/> 四輪乗用(営業用) <input type="checkbox"/> 四輪貨物(営業用) <input type="checkbox"/> 二輪小型自動車
車両番号 (ナンバー)	<input checked="" type="checkbox"/> 福岡 福津市 580あ0000

2. 手帳所有者

手帳所有者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者(納税義務者)と同じ	申請者との続柄	子
手帳所有者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者(納税義務者)と同じ 福津 次郎	手帳所有者生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者(納税義務者)と同じ 平成00年00月00日
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
障害名	心臓機能障害	等級	1級
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 障害名が複数ある場合に各障害の等級を確認するため、福津市が手帳所有者の情報を見ることがあります。に同意します。		

3. 運転者

- 申請者(納税義務者)と同じ → (運転免許証番号のみ記載)
 手帳所有者と同じ → (運転免許証番号のみ記載)
 申請者・手帳所有者と異なる → (下記全項目を記載)

運転者住所		申請者との続柄	※申請者、手帳所有者に同じ場合は記入不要
運転者氏名		運転者生年月日	※申請者、手帳所有者に同じ場合は記入不要
運転免許証番号	XXXX XXXX XXXX		

注1. この申請書を提出するときは、納税通知書、運転者の運転免許証、身体障害手帳等を提示ください。

注2. この申請書は、納期限までに提出してください。