

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

年 月 日

茨城県稲敷市長 殿

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

稲敷市税条例第90条の規定により、下記の通り軽自動車税を減免されたく申請します。

年 度		通知書番号										税 額	
												円	
軽自動車等	納税義務者	住所											障害者との関係
		氏名											
		個人番号											
	標識番号										種 別		
	主たる定置場												
	用途及び使用目的												
身体障害者等	住所											年齢 歳	
	氏名												
	障害名										等級		
	手帳の番号										交付年月日		
運転者	住所											障害者との関係	
	氏名												
	運転免許証の番号										交付年月日		
	運転免許証の種類										有効期限		
	運転免許の条件												
備考													

- 注意
1. 納期限までに提出してください。なお、申請手続きは、毎年度必要となります。
 2. 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下さい。
 3. 下記必要書類を市役所窓口を持参し、申請して下さい。
 記入・押印済みの減免申請書
 軽自動車税の納付書(納付していないもの)
 車検証
 障害者手帳・戦傷病者手帳・療育手帳
 運転する方の運転免許証