

身体障害者等軽自動車税（種別割）減免申請書

愛知県豊川市長 殿

年 月 日

納税義務者	住所	
	氏名	
	個人番号 (マイナンバー)	
	電話番号	

届出者	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ
	住所又は所在地
	氏名又は名称
	電話番号

下記の事由により軽自動車税（種別割）を減免してください。

記

減免を受けようとする車両	主たる定置場の位置	豊川市			
	車両番号又は標識番号		種別		
	総排気量又は定格出力				
使用目的	<input type="checkbox"/> 身体障害者自身が運転し、自ら使用 <input type="checkbox"/> 身体障害者等と生計を一にする者又は常時介護する者が運転し、身体障害者等のために使用（ <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業）				
身体障害者等に関する事項	身体障害者等	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			
		住所			
		氏名			
		年齢	歳	納税義務者との続柄	
	身体障害者手帳等の内容	手帳番号		交付年月日	年 月 日
		障害名	<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 type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 体幹不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性の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"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害		
		等級又は程度			
運転者に関する事項	運転者	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			
		住所			
		氏名			
	身体障害者等との続柄				
	運転免許証の内容	番号		交付年月日	年 月 日
	有効期限	年 月 日	種類		
	条件				

注：該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。