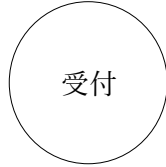


軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

京丹後市長 様

京丹後市税条例第90条第1項の規定により、令和 年度軽自動車税の減免を申請します。



申請者
(納税義務者)

住所	
氏名	(※法人の場合は、代表者の記名押印が必要です)
連絡先	

確認事項

普通自動車税の減免は受けていません。

車両

車両番号	種別 <input type="checkbox"/> 軽自動車（四輪乗用・四輪貨物） <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 二輪の小型車 <input type="checkbox"/> 原付（ cc） <input type="checkbox"/> その他（ ）
用途 乗用 ・ 貨物	
取得日 昭・平・令 年 月 日	主たる定置場 (<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ)
所有者	<input type="checkbox"/> 障害者本人 <input type="checkbox"/> 他（氏名 続柄）
	個人番号
■ 次の場合は、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 車両の構造が専ら身体障害者等の利用に供するためのものである軽自動車等 <input type="checkbox"/> 障害者のみで構成される世帯の方が所有する軽自動車等	

障害者

氏名	住所			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
手帳	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神	交付日	昭・平・令 年 月 日	
手帳番号				
該当する障害名に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」及びその障害の程度（級・項・症・款証）を記入してください。	障 害 名	障害の程度		
	視覚障害			
	聴覚障害			
	平衡器官障害			
	音声機能障害※			
	上肢不自由			
	下肢不自由			
	体幹不自由			
	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能		
		移動機能		
	障 害 名	障害の程度		
	心臓機能障害			
	じん臓機能障害			
	呼吸器機能障害			
	ぼうこう又は直腸機能障害			
	小腸機能障害			
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害			
	肝臓機能障害			
※音声機能障害は、喉頭摘出によるものに限る。 また障害者本人が所有し、かつ運転する自動車に限る。				
◎障害が重複する場合、該当する障害名全てに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」及びその障害の程度を記入し、併せて総合等級を記入してください。		⇒ <table border="1"> <tr> <td>総合等級 (級・項・症・款証)</td> </tr> </table>		総合等級 (級・項・症・款証)
総合等級 (級・項・症・款証)				
⇒ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳と療育手帳（A判定）の両方を所持している。				
	知的障害			
	精神障害			

裏面もご記入ください

