

## 軽自動車税(種別割)減免申請書

御杖村長 殿

令和 年度分 令和 年 月 日

受付印

## 1. 申請者(減免対象車両の納税義務者の方/公益事業所)

住所			電話番号	- -			
所在地							
フリガナ			生年月日	大・昭	年	月	
氏名				平・令		日	
名称			西暦				
個人番号又は法人番号	(12桁)	(13桁)					
情報 報 害 免 者 対 象	障害者手帳等の種類	<input 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					
	手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日		
	障害名	等級・程度 種 級					

## 2. 減免の種類、該当する条件

<input type="checkbox"/> 障害者減免(新規)	<input type="checkbox"/> 障害者減免(継続)→手帳・免許証の写し、変更点のみ	(御杖村税条例第90条1①)
所有条件	<input type="checkbox"/> 身体障害者(歩行困難)が所有 <input type="checkbox"/> 身体障害者(歩行困難;18歳未満)と生計を一にする方が所有 <input type="checkbox"/> 精神/知的障害者(歩行困難)が所有 <input type="checkbox"/> 精神/知的障害者(歩行困難)と生計を一にする方が所有	
運転者条件	<input type="checkbox"/> 当該障害者が運転するもの <input type="checkbox"/> 当該障害者と生計を一にする方が運転するもの <input type="checkbox"/> 当該障害者(障害者のみの世帯の方に限る。)を常時介護する方が運転するもの	所有条件・運転者条件の両条件を満たす必要があります
※添付書類 <input type="checkbox"/> 車検証の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 納税通知書		
<input type="checkbox"/> 構造が専ら身体障害者等の利用に供するためのものに係る減免		(御杖村税条例第90条1②)
※添付書類 <input type="checkbox"/> 車検証の写し <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 車内の構造がわかる写真、画像等		
<input type="checkbox"/> 公益のために直接専用するもののうち必要と認めるものに対する減免		(御杖村税条例第89条)
※添付書類 <input type="checkbox"/> 車検証の写し <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 減免を必要とする理由を証明する書類		

## 3. 減免対象の情報

<input type="checkbox"/> 申請者運転	<input type="checkbox"/> 申請者以外運転→申請者と運転者の関係(□生計を一にする <input type="checkbox"/> 常時介護)					
住所			電話番号	- -		
フリガナ			生年月日	大・昭	年	月
氏名				平・令		日
運転免許証の番号	第				免許の種類	種
交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	免許の条件	<input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> AT限定 <input type="checkbox"/> ( )	
<input type="checkbox"/> 障害者減免のとき、当該障害者について自動車・軽自動車を通して一台限りの減免である。(必須)						
標識番号	奈良	主たる定置場	<input type="checkbox"/> 申請者住所(所在地)に同じ <input type="checkbox"/> その他(大字 )			
車両番号	御杖村					
用途及び使用目的				※公益減免のみ 形状		
種別	<input type="checkbox"/> 軽四輪乗用自家用 <input type="checkbox"/> 軽四輪貨物自家用 <input type="checkbox"/> その他( )			原動機の形式	総排気量	cc

#### 4. 代理人の方の情報（代理人による自署）

住所 所在地	電話番号		
フリガナ 氏名 名称	生年月日	大・昭 平・令 西暦	年   月   日
※本人確認書類をご提示ください。（マイナカード・運転免許証・パスポート・他（ ））			

#### ※身体・精神障害者等（歩行困難）と認められる方

○身体障害者（身体障害者手帳の交付を受けている方）	障害の級別		
	本人運転	生計同一の家族運転	常時介護者の運転
視覚障害	1級～4級	1級～4級	1級～4級
聴覚障害	2・3級	2・3級	2・3級
平衡機能障害	3級	3級	3級
音声機能障害（無咽頭） ※咽頭摘出による音声機能障害がある場合に限る。	3級		
上肢不自由	1・2級	1・2級	1・2級
下肢不自由	1～6級	1～3級	1～3級
体幹不自由	1～3・5級	1～3級	1～3級
乳幼児期以前の非進行型の脳病変による運動機能障害	上肢機能 1・2級 移動機能 1～6級	1・2級 1～3級	1・2級 1～3級
心臓機能障害	1・3級	1・3級	1・3級
腎臓機能障害	1・3級	1・3級	1・3級
呼吸器機能障害	1・3級	1・3級	1・3級
膀胱又は直腸の機能障害	1・3級	1・3級	1・3級
小腸機能障害	1・3級	1・3級	1・3級
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	1～3級	1～3級	1～3級
肝臓機能障害	1～3級	1～3級	1～3級
○知的障害者（療育手帳の交付を受けている方）	A1（最重度）、A2（重度）※A（重度）と記載されているものも同様		
○精神障害者（精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方で通院医療費の公費負担を受けている方）	1級（自立支援医療受給者（精神通院）を受けている方に限る。）		
○戦傷病者（戦傷病者手帳をお持ちの方）	※住民生活課までお問い合わせください。		

委任状 令和 年 月 日

代理人 住所 氏名

を代理人と定め、軽自動車税減免申請に関する手続を委任します。

委任者 住所 氏名  
電話番号 生年月日 年 月 日  
大昭