

軽自動車税免除申請書(身体障がい者等)

年 月 日

別府市長

あて

申請者 (納税義務者)	個人番号				
	住所				
	氏名	(印)			
	電話番号		身体障がい者等との関係		
手帳の種類 (該当するもの 全てに○をしてください)		ア 身体障害者手帳	イ 戦傷病者手帳		
		ウ 療育手帳	エ 精神障害者保健福祉手帳		
代理届者	住所				
	氏名	(印)			
	電話番号				

下記のとおり 年度分の軽自動車税の免除を申請します。

軽自動車等	車両番号又は標識番号		大分			
			別府市			
	軽自動車等の種別	1 軽四輪乗用 2 軽四輪貨物 3 原動機付自転車 4 その他( )	自・事区分	1 自家用 2 事業用		
	使用目的	1 通院 2 通学 3 通所 4 生業				
	主たる定置場	1 上記申請者の住所と同じ 2				
税 額	円					
身体障がい者等	住所				生年月日	
	氏 名				年齢	歳
	手帳の種類	ア 身体障害者手帳 ウ 療育手帳	イ 戦傷病者手帳 エ 精神障害者保健福祉手帳※1			
	※1 上記エの場合、自立支援医療受給者証(精神通院医療に係るものに限る。)の有無				有 ・ 無	
	手帳番号			交付年月日	年 月 日	
	障がい名			障がいの等級・程度		
運転者	住所					
	氏 名					
	障がい者等との関係※2	1 本人 2 生計同一者 (□証明書) (□住基)	3 常時介護者(□証明書)			
	免許証番号			運転免許の種類		
	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日		
	免許の条件					

※2 「2 生計同一者」又は「3 常時介護者」の場合は証明書が必要です。  
ただし、障がい者と同居の場合は除く。

審 査	入 力