

年 月 日

上ノ国町長 様

住 所  
氏 名  
電話番号 ( ) 印

軽自動車税減免申請書(身体障害者等用)

上ノ国町税条例第90条第2項の規定により、 年度軽自動車税の減免を申請します。

1 主たる定置場

--

2 税額及び使用の目的

税 額	使用の目的
円	

3 所有者等

区 分	住 所	氏 名	身障者との続柄
所 有 者			
運 転 者			
身体障害者( 歳)			

4 減免を受けようとする軽自動車等

種 別	形 状	車台番号
標 識 番 号	車 名	総排気量 cc

5 運転免許証

氏 名	交 付	年 月 日	種 類
番 号	有効期限	年 月 日	条 件

6 手帳等

種 類	1身体障害者手帳 2戦傷病者手帳 3療育手帳 4精神障害者保健福祉手帳 5その他( )
手帳番号	交 付 年 月 日
障 害 名	等 級 級