

軽自動車税（種別割）減免申請書(身体障がい者等減免用)			
潟上市長様 住（居）所 申請者氏名 （納税義務者） 個人番号 連絡電話（ ） —			令和 年 月 日
潟上市市税条例第86条第1項第2号の規定に基づき、 年度分の下記の軽自動車税(種別割)について、 減免して下さるよう証明書類を添えて申請します。			
税	額	円	納 期 限
障 害 者	障 害 者(児) 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生 年 月 日
	障 害 名 等	(級)	
	手 帳 の 種 類	身体障害者手帳・療育手帳 精神障害者保健福祉手帳	手帳の交付年月日 及び交付番号
			年 月 日 第 号
運 転 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	障害者との続柄 <input type="checkbox"/> 障害者本人
	運 転 免 許 証	種類… /番号…第 号 交付年月日… 年 月 日 /有効期限… 年 月 日	
軽 自 動 車 等	主たる定置場 の所在地	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	車 両 番 号 又 は 標 識 番 号		用 途 乗用 ・ 貨物 ・ 特殊 その他
	種 別	原付自動車一種 ・ 二種乙 ・ 二種甲 ・ その他原付自動車 ・ 軽自動車四輪 ・ 三輪 ・ 二輪 / 二輪の小型自動車	
	使 用 目 的	通 学 ・ 通 院 ・ 通 所 ・ 生 業	

- [注] 1 この申請書は、納期限までに提出してください。
 2 この申請書を提出するときは、次に掲げる書類を添付してください。
 (1) 納税通知書兼領収書及び運転免許証の写し
 (2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
 (3) 車検証又は標識交付証明書の写し

納通回収（有・無）、口座振替（有・無）