

年度 軽自動車税減免申請書(身体障害者等用)

年 月 日

彦根市長 様

[申請者]住所(所在地)

氏名(名称)

電話番号 () -

※個人は署名が必要、法人は代表者印が必要

(障害者等住所)

(障害者等氏名)

(障害者等生年月日 年 月 日)

[納税義務者]個人番号

●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

彦根市市税条例第 90 条第 2 項の規定により、下記の軽自動車税について同条第 1 項第 1 号の規定による減免を、別紙証明書類を添えて申請します。

年 度	通知書番号	期 別	税 額	標識番号
年度		全 期	円	
軽自動車等の種別	(該当するものを○で囲んでください。) 原付第一種・原付第二種 乙・甲・ミニカー・軽四貨物・軽四乗用・二輪			
減免を受けようとする理由	(該当するものを○で囲んでください。) 通院・通学・日常生活・その他()			
手帳等の種類	(該当するものを○で囲んでください。) 身体障害者手帳・戦傷病者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳			
手帳等番号		交付年月日	年 月 日	
障害の箇所			等 級	級
運転する方	(該当するものを○で囲んでください。) 本 人 ・ 生計を一にする者 ・ 介 護 者			
※運転する方が本人以外の場合のみ記入				
(住 所)	(氏 名)	(続 柄)		
運転免許証番号		有効期限	年 月 日	