

宛先（提出先）： 猿島郡境町長 殿

軽自動車税減免申請書

境町税条例第89条第2項又は第90条第2項の規定に基づき、下記の通り減免を申請します。

◆減免の申請者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 納 税 義 務 者 | 住 所 (所在地) | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 (名 称) | 個人番号 (法人番号) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆減免を申請する理由（減免申請の種類）

| |
|-----------------------------------|
| 1. 身体障害者等 2. 公益専用車両 3. 福祉車両 |
|-----------------------------------|

◆減免を受ける軽自動車等

| | | | | | | |
|------------------|----------------|-----------|--|--|----------------|--|
| 車 両 情 報 | 種別 及び用途 | | | | 総排気量又は 定格出力 | |
| | 車両番号 (標識番号) | 型 式 | | | 最高出力 | |
| | 届出等 年月日 | 原動機 型式 | | | 形 状 | |
| 定 置 場 | | | | | 使用目的 | |

◆身体障害者等に係る情報等

| | | | | | | |
|-------------|-------------------|---|--|--|--------------|---|
| 障 害 者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | | | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | | | 生年月日 | |
| | 障害者手帳 の番号 | | | | 手帳の種類 | <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健 |
| | 障害の区分及 び等級(程度) | | | | 手帳の交付 年月日 | |
| 運 転 者 | 住 所 (所在地) | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ | | | 障害者との 関係 | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ | | | | |

(備考)

提出期限：

306-0495
茨城県猿島郡境町391番地1
境町役場税務課
TEL 0280-81-1302

※必ず上記の期限までにご提出ください。