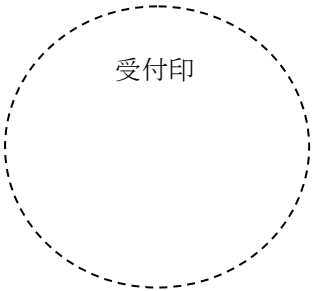


令和 年度 軽自動車税種別割の減免申請書

令和 年 月 日

岩見沢市長 様



申請者（納税義務者）

氏名（名称）

住所（所在地）

電話番号

個人番号又は法人番号

岩見沢市税条例第 77 条又は第 78 条の規定に基づき、下記のとおり軽自動車税種別割の減免を申請します。

納税通知書番号		税 額	登録番号又は車両番号
		円	
軽自動車等の種別		使用目的	
<input type="checkbox"/> 原付（ 50cc ・ 90cc ・ 125cc ） <input type="checkbox"/> 軽四家用（ 貨物 ・ 乗用 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 障がい者の方の（ 通院 ・ 通勤 ・ 通学 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
主たる定置場	<input type="checkbox"/> 申請者住所等と同じ		
	申請者住所等と異なる場合 岩見沢市		
申 請 理 由	1 障がい者 2 身体障がい者等の利用に供する構造のもの 3 公益のため直接専用するもの		

※申請理由が1（障がい者）の場合、以下の項目を記入してください。

● 障がいについて

障がい者等の氏名	住 所	生年月日
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日
申請者と異なる場合	申請者と異なる場合 岩見沢市	
手帳番号等	交付年月日	障がい名（等級）
身体・療育・精神 第 号	昭・平・令 年 月 日	（ 級）

● 運転者の運転免許証について

運転者氏名	住 所		障がい者等との関係
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請者と異なる場合	申請者と異なる場合 岩見沢市		
交付年月日	有効期限	免許の条件等	免許証番号
平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> AT 限定 <input type="checkbox"/> その他（ ）	第 号
免許の種類	普通 ・ 中型 ・ 大型 ・ 自二 ・ 原付		

※市記入欄

口座振替利用者への確認	資産税受付	支所等受付
<input type="checkbox"/> 引落とし停止（別途、納付書送付） <input type="checkbox"/> 引落とし後、指定口座へ還付 （次年度以降の口座対応 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 停止 ）		

## 記載例

## 令和〇年度 軽自動車税種別割の減免申請書

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

受付印

申請者（納税義務者）

氏名（名称） 岩 見 太 郎

住所（所在地） 岩見沢市〇条西〇丁目〇番〇号

電話番号 0126-XX-XXXX

個人番号又は法人番号 XXXXXXXXXX

岩見沢市税条例第 77 条又は第 78 条の規定に基づき、下記のとおり軽自動車税種別割の減免を申請します。

納税通知書番号	税 額	登録番号又は車両番号
〇〇〇〇〇〇〇〇〇	7,200円	札幌 580 あ××〇〇
軽自動車等の種別	使用目的	
<input type="checkbox"/> 原付（50cc・90cc・125cc） <input checked="" type="checkbox"/> 軽四家用（貨物・乗用） <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい者の方の（通院・通勤・通学） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
主たる定置場	申請者住所等と同じ場合ここにチェック	
	申請者住所等と異なる場合ここに記入	
申請理由	申請理由が「1 障がい者」の方は以下もご記入ください。 ※2、3 が該当の方は以下の記載不要	

※申請理由が1（障がい者）の場合、以下の項目を記入

申請者と同じ場合ここにチェック

申請者と異なる場合ここに記入

## ● 障がいについて

障がい者等の氏名	住 所	生年月日
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 申請者と異なる場合 岩 見 沢 子	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 申請者と異なる場合 岩見沢市	大・昭・平・令 ×年×月×日
手帳番号等	交付年月日	障がい名（等級）
身体・療育・精神 第 ××〇〇〇 号	昭・平・令 ×年 × 月×日	下肢 ( 1 級)

申請者と同じ場合ここにチェック

申請者と異なる場合ここに記入

## ● 運転者の運転免許証について

運転者氏名	住 所	障がい者等との関係	
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 申請者と異なる場合	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 申請者と異なる場合 岩見沢市	夫	
交付年月日	有効期限	免許の条件等	免許証番号
平成 令和 ×年×月×日	平成 令和 〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> AT 限定 <input type="checkbox"/> その他（ ）	第×〇×〇×〇×〇号
免許の種類	普通 ・ 中型 ・ 大型 ・ 自二 ・ 原付		