

身体障害者等軽自動車税（種別割）減免申請書

愛知県豊川市長 殿

年 月 日

納税義務者	住 所	
	氏 名	
	個人番号 (マイナンバー)	
	電話番号	

届出者	☐ 納税義務者に同じ	
	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
	電話番号	

下記の事由により軽自動車税（種別割）を減免してください。

記

減免を受けようとする車両	主たる定置場の位置	豊川市			
	車両番号又は標識番号		種別		
	総排気量又は定格出力				
	使用目的	☐ 身体障害者自身が運転し、自ら使用 ☐ 身体障害者等と生計を一にする者又は常時介護する者が運転し、身体障害者等のために使用（ ☐ 通学 ☐ 通院 ☐ 通所 ☐ 生業）			

身体障害者等に関する事項	身体障害者等	☐ 納税義務者に同じ				
		住 所				
		氏 名				
		年 齢	歳	納税義務者との続柄		
	身体障害者手帳等の内容	手帳番号		交付年月日	年 月 日	
		障害名	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 平衡機能障害 ☐ 喉頭摘出による音声機能障害 ☐ 上肢不自由 ☐ 下肢不自由 ☐ 体幹不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 腎臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ 小腸機能障害 ☐ ぼうこう機能障害 ☐ 直腸機能障害 ☐ 肝臓機能障害 ☐ 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（ ☐ 上肢機能 ☐ 移動機能） ☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害			
		等級又は程度				
		運転者	☐ 納税義務者に同じ			
			住 所			
			氏 名			
			身体障害者等との続柄			
	運転免許証の内容	番 号		交付年月日	年 月 日	
		有効期限	年 月 日	種 類		
条 件						

注：該当する□にレ点を入れ、必要事項をご記入ください。