

別 記

第1号様式（第8条）（その2）[身体障がい者等用]

種 別 割 減 免 申 請 書

年 月 日 (宛て先) 大網白里市長 受付 印		申請者(納税義務者)	住所																			
			(フリガナ)																			
			氏名																			
			電話番号																			
		個人番号又は法人番号(右詰)																				
		電話番号																				
大網白里市市税条例第90条第2項の規定により、年度の軽自動車の減免を申請します。																						
事由 減免を受けようとする		<input type="checkbox"/> 身体障害者等が所有し、身体障害者等が自ら運転 <input type="checkbox"/> 身体障害者等が所有し、身体障害者等と生計を一にする者が身体障害者等のために運転 <input type="checkbox"/> 身体障害者等と生計を一にする者が身体障害者等のために所有し、身体障害者等が自ら運転 <input type="checkbox"/> 身体障害者等と生計を一にする者が身体障害者等のために所有し、身体障害者等のために運転 <input type="checkbox"/> 身体障害者等(身体障害者等のみで構成される世帯の者に限る)が所有し、常時介護する者が運転																				
軽自動車等の内容	車両番号または標識番号																					
	種別・用途		<input type="checkbox"/> 原動機付自転車(第一種・第二種乙・第二種甲・ミニカー) <input type="checkbox"/> 軽四輪(乗用自家用・乗用営業用・貨物自家用・貨物営業用) <input type="checkbox"/> その他()																			
	主たる定置場		<input type="checkbox"/> 納税義務者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他(大網白里市)																			
身体障害者等	住所		<input type="checkbox"/> 納税義務者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他()										(フリガナ)				生年月日					
	手帳	種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳										氏名		番号		第 号		交付年月日		年月日	
													障害名				等級		級			
運転者	住所		<input type="checkbox"/> 納税義務者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他()										(フリガナ)				生年月日					
	運転免許証	番号	第 号										交付年月日		年月日		有効期限		年月日			
		種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他()										条件									
使用状況	障害者等との関係(続柄等)			使用目的		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学(通園) <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通勤・その他																
	申請者(納税義務者)			使用時間		※障害者のために使用する時間																
	運転者			注) 常時介護者のみ記入		1日約 分 時間 1月平均 約 時間																
	私(申請者)は上記のとおり、専ら障害者のために軽自動車を使用することを誓います。																					

※ 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。