


軽自動車税（種別割） 減免申請書（障がい者）

 令和 年 月 日 岩 沼 市 長 殿	納税義務者	住所	(〒 - )
		氏名	電話 ( )
		個人番号	

岩沼市市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり軽自動車税（種別割）の減免の申請をします。

課税年度	令和	年度	課税額	円
申請する軽自動車等	所有者	住所 岩沼市	氏名	
	使用者	住所 岩沼市	氏名	
	車両標識番号		種別	

障がい者	<input type="checkbox"/> 納税義務者本人			
	<input type="checkbox"/> それ以外の方			
	住所	岩沼市		
	氏名及び年齢	( 歳)	納税義務者との続柄	

手帳の記載事項	手帳の番号	都道府県	交付年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 又は 戦傷病者手帳			
	障がい名		障がい等級	身体障がい者 級 戦傷病者 項 款
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳			
	障がい等級		有効期限	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 療育手帳			
	障がいの程度			

運転者	<input type="checkbox"/> 納税義務者本人		免許証番号	
	<input type="checkbox"/> それ以外の方		免許証番号	
	住所	岩沼市	障がい者との関係	<input type="checkbox"/> 家族（続柄） ( )
	氏名			<input type="checkbox"/> 常時介護する者 ※世帯全員が障がい者の場合に限る
	運転の目的	<input type="checkbox"/> 通院・通所 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

提示書類：車検証、障がい者手帳、運転者の運転免許証

※当市使用欄	添付書類 (コピー)	受付者	障がい等級	所有者	判定		入力
	<input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 免許証				<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的/精神/18歳未満 <input type="checkbox"/> 留保確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 <input type="checkbox"/> 留保確認	

軽自動車税（種別割） 減免申請書（障がい者）（記入例）

 令和5年5月15日 岩沼市長殿	納税義務者	住所	(〒 989-2480) 岩沼市桜一丁目6番20号 電話 0223 (23) 0291										
		氏名	岩沼 太郎										
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1

岩沼市市税条例第90条第2項の規定により、次のとおり軽自動車税（種別割）の減免の申請をします。

課税年度	令和5年度				課税額	12,900円					
申請する軽自動車等	所有者	住所	岩沼市 桜一丁目6番20号				氏名	岩沼 太郎			
	使用者	住所	岩沼市 桜一丁目6番20号				氏名	岩沼 太郎			
	車両標識番号	宮城 580 あ 111				種別	軽四輪・乗用自家				

障がい者	<input type="checkbox"/> 納税義務者本人										
	<input checked="" type="checkbox"/> それ以外の方										
	住所	岩沼市桜一丁目6番20号									
	氏名及び年齢	岩沼 次郎 (55歳)				納税義務者との続柄	弟				

手帳の記載事項	手帳の番号	宮城 都道府県	1234567				交付年月日	昭和 平成 令和 29年4月1日			
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 又は 戦傷病者手帳										
	障がい名	関節機能障害による両下肢不自由				障がい等級	身体障がい者	3級			
							戦傷病者	項 款			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳										
	障がい等級	有効期限		令和 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 療育手帳											
	障がいの程度										

運転者	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者本人					免許証番号	1234 5678 9012				
	<input type="checkbox"/> それ以外の方					免許証番号					
	住所	岩沼市				障がい者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄） ( 父 )				
	氏名						<input type="checkbox"/> 常時介護する者 ※世帯全員が障がい者の場合に限る				
運転の目的	<input type="checkbox"/> 通院・通所 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 ( )										

提示書類：車検証、障がい者手帳、運転者の運転免許証

※当市使用欄	添付書類 (コピー)	受付者	障がい等級	所有者	判定		入力
	<input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 免許証		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的/精神/18歳未満	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 <input type="checkbox"/> 留保確認	<input type="checkbox"/> (1) 本人 - 本人 <input type="checkbox"/> (2) ア 本人 - 家族 <input type="checkbox"/> (2) イ 未成年家族 - 家族 <input type="checkbox"/> (2) ウ 精知家族 - 家族 <input type="checkbox"/> (3) 障害世帯 - 介護者	可 不可	/