

軽自動車税（種別割） 減免申請書（障がい者）

<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付印 </div> <p>令和 年 月 日 岩 沼 市 長 殿</p>	納 税 義 務 者	住 所	(千 ー)								
		氏 名	電話 ()								
		個人番号	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 20px;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> </table>								

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 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） () <input type="checkbox"/> 常時介護する者 <small>※世帯全員が障がい者の場合に限る</small>
	氏 名			
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	受 付 者
	(コピー) <input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 免許証	

障がい等級	所 有 者	判 定	
<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

入 力
/

軽自動車税（種別割） 減免申請書（障がい者）（記入例）

受付印 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

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