

--

軽自動車税（種別割）減免申請書	
(あて先) 四日市市長	令和 年 月 日
申請者住所 (納税義務者)	_____
氏名	_____ (障害者との関係)
電話番号	_____
※法人が申請者の場合は、代表者の署名または社印を押印してください。	

四日市市税条例第90条の規定により、下記のとおり令和 年度より 年税額 円の減免を申請します。

減免を受けようとする軽自動車等の事項	車両（標識）番号	車台番号
	主たる定置場 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
	種別	用途

障害者に関する事項	障害者等の所持する身体障害者手帳等の内容	住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
		氏名 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ		
		番号	交付年月日 (S・H・R) 年 月 日	
		障害名	等級又は程度	

運転者に関する事項	運転者	住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
		氏名 <input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ		
		障害者との関係 免許証番号	交付年月日 H・R 年 月 日	
		有効期限 H・R 年 月 日	日	

添付書類	身体障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 (身体障害者手帳の交付を受けていない者)
	戦傷病者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 生計同一証明書 <input type="checkbox"/> 自動車使用計画書
	知的障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 療育手帳
	精神障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳

身体障害者と同居でない者が運転する場合は、「生計同一証明書」が必要です。

納税義務者

個人番号					
法人番号					

委任状

私は上記の車両について、軽自動車税（種別割）の減免申請を下記のものに委任します。

(受任者)

住所 _____ .

氏名 _____ .

(委任者)

氏名 _____ .

※法人が申請者の場合は、代表者の署名または社印を押印してください。