

## 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	使用目的	
障害者に関する事項	障害者等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	交付年月日 (免許情報記録の運転免許の年月日)	
		免許証番号 (免許情報記録の番号)	H・R 年 月 日	
		有効期限 (免許情報記録の有効期限)		
		H・R 年 月 日		

添付書類	身体障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (免許情報記録)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
	戦傷病者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (免許情報記録)	<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)
	知的障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (免許情報記録)	<input type="checkbox"/> 生計同一証明書 <input type="checkbox"/> 自動車使用計画書
	精神障害者	<input type="checkbox"/> 車検証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (免許情報記録)	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <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。