

宛先(提出先): 長崎市長 様

輕自動車税（種別割）減免申請書

軽自動車税（種別割）の減免について下記のとおり申請します。

◆減免の申請者

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|--|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 納 稅 義 務 者 | 住 所 (所在 地) | | 電話番号 | | | | | | | | |
| | 氏 名 (称 称) | | 個人 番號 (法 人 番 號) | . | . | . | . | . | . | . | . |

◆ 減免を申請する理由（減免申請の種類）

減免を申請する理由に該当するものに○をつけてください。

1. 身体障害者等 2. 公益専用車両 3. 福祉車両 4. その他()

◆減免を受ける軽自動車等

| | | | | | | |
|------|----------------|--|-----------|--|------------|--|
| 車両情報 | 種別及び用途 | | | | 総排気量又は定格出力 | |
| | 車両番号 (標識番号) | | 型式 | | 形状 | |
| | 届出等 年月日 | | 原動機 型式 | | 使用目的 | |

◆身体障害者等に係る情報等

| | | | | |
|-------------|-------------------|---|--|--|
| 障 害 者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | | 生年月日 |
| | 障害者手帳 の番号 | | | 手帳の種類 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健 |
| | 障害の区分 及び等級(程度) | | | 手帳の交付 年月日 |
| 運 転 者 | 住 所 (所在地) | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ | | 障害者との 関係 |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ | | |