

身体障害者に係る軽自動車税減免申請書

令和 ○年 ○月 ○日

毛呂山町長 あて

納税者

住(居)所 毛呂山町中央○丁目○○番地○

氏名 毛呂山 太郎



個人番号又は法人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

下記のとおり、町税条例第90条第2項の規定により軽自動車税を減免されたく申請します。

年度	徴収番号	税率(年額)	納付すべき税額	納期限	減免を受けようとする税額
令和2	記入不要です				○円

軽自動車等	登録番号	川越580あ1234 ※ナンバーをご記入ください	身体障害者(戦傷病者)手帳	番号	記入不要です	運転免許証	番号	記入不要です		
	事業用 自家用の別	事業用 自家用		交付年月日					交付年月日	
	定置場 (使用の本拠の位置)	毛呂山町中央○丁目 ○○番地○		障害者氏名					有効期限	
	所有者の住所及び氏名 (名称)	毛呂山 太郎		障害等級					免許の種類	
	使用者の住所及び氏名	毛呂山 太郎		免許の条件及び自動車の制限						

自動車所有の有無	記入不要です
----------	--------

備考	電話番号 日中繋がりやすい電話番号をご記載ください。 (例) 295-2112
----	---