

身体障害者に係る軽自動車税減免申請書

令和6年 月 日

毛呂山町長 へ

納税者

住(居)所

氏名

個人番号又は法人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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6		円	円	令和6・5・31	円

軽自動車等	登録番号	事業用 自家用 の別	事業用 自家用	身体障害者(戦傷病者)手帳	番号	運転免許証	番号			
	交付年月日				・		・	交付年月日	・	・
	定置場(使用の本拠の位置)				障害者氏名		有効期限	・	・	
	所有者の住所及び氏名(名称)				障害等級		免許の種類			
	使用者の住所及び氏名				級		免許の条件及び自動車の制限			

自動車所有の有無

有 ・ 無

備考