

身体障害者に係る軽自動車税減免申請書																					
令和7年		月	日																		
毛呂山町長 あて																					
納 税 者																					
住(居)所																					
氏 名																					
個人番号																					
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
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。																					
軽 自 動 車 等	車両（標識）番号																				
	事業用自家用の別	事業用 自家用																			
	定 置 場 (使用の本拠の位置)	毛呂山町																			
	所 有 者 の 住 所 及 び 氏 名 (名 称)			身体障害者との続柄																	
等	使 用 者 の 住 所 及 び 氏 名			身体障害者との続柄																	
電 話 番 号																					

----- 以下の欄には記入しないでください。 -----

身体障害者 (戦傷病 者) 手帳	番 号	交付年月日	障害者氏名			障害等級
	第 号	. .				級
運転免許証	番 号	交付年月日	有効期限	免許の種類	免許の条件及び自動車の制限	
	第 号	. .	. .			
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	
		円	円	. .	円	
備 考						