

身体障害者に係る軽自動車税減免申請書											
毛呂山町長 あて 納税者 住(居)所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											令和 年 月 日
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
	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					