軽自動車税の減免（身体障害者）に関する申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納税義務者 | 住所 | 鳥取県八頭郡智頭町大字 |
| 氏名 |  | 身体障害者との関係 |  |
| 身体障害者 | 住所 | 鳥取県八頭郡智頭町大字 |
| 氏名 |  | 年　齢 | 満　　　　歳 |
| 自動車を運転する者 | 住所 | 鳥取県八頭郡智頭町大字 |
| 氏名 |  | 身体障害者との関係 |  |
| 申　請自動車 | 登　録　番　号 | 種　　　別 | 用　　　途 | 定　　　置　　　場 |
|  |  |  |  |
| 使 用 目 的 |  | 課 税 額 | 　　　　　　　円 |
| 身体障害者手　　　帳 | 手帳番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日　交付 |
| 障　害　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　障害 |
| 障害等級 | 　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 戦傷病者手　　　帳 | 手帳番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　交付 |
| 障　害　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　障害 |
| 障害等級 | 　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 運転する者の運転免　許　証 | 免許証番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 　　　平成・令和　　　年　　　月　　　日　交付 |
| 有効期限 | 　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　まで |
| 運転免許の種類条件 | 　　　 第　　　種　　　　　　　免許 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身体障害者手帳　　智頭町税条例第９０条第　　項の規定により　療　育　手　帳　を提示して上記の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　戦傷病者手帳とおり申請します。　　　令和　　　年　　　月　　　日　　智　頭　町　長　　様 |
| 　　　　　　　　申請人 | 住　所　　鳥取県八頭郡智頭町大字氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |  |