

軽自動車税（種別割）減免申請書（身体障がい者等）

都城市長 宛て

年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

都城市税条例第 90 条第 2 項の規定により、軽自動車税（種別割）の減免を申請します。

年度	税 額		円		
① 納税義務者	住 所				
	氏 名			障がい者等との関係	
	個人番号				
② 軽自動車等	車両番号			種 別	
	用 途			主たる定置場	
	使用目的				
③ 身体障がい者等	住 所			生年月日 年 月 日	
	氏 名				
	身体障害者手帳等	手帳番号			交付年月日
		障害名			程度・等級
④ 運転者	住 所			障がい者等との関係	
	氏 名				
	免許証	番 号			交付年月日
		種 類			有効期限
条件等					
備考					

本人確認及び必要書類確認		受付者
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> Acrocity 確認 <input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 (            )		

住	
車	
口	有 ・ 無