

様式第4号（3関係）

軽自動車税減免申請書（身体障がい者等生計同一者等運転分）

身体障がい者等	住所	(電話)			
	氏名		生年月日	年 月 日	
	身体障害者手帳 戦傷病者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	第 号		
		交付年月日	年 月 日		
		障がい名		個別等級	
		障がい等級（障がいの程度）			
運転免許証の付帯条件					
運転者	住所	(電話)			
	氏名		身体障がい者等との続柄		
	運転免許証の有効期限	年 月 日			
対象軽自動車	登録番号				
	使用目的	1 通学 2 通院 3 通所 4 生業 5 日常生活			
	主たる定置場	1 身体障がい者等の住所と同じ 2			
減免税額	軽自動車税	年 税 額			
		円			
<p>琴浦町税条例第90条の規定により、軽自動車税の減免について、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (納税義務者)</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合押印不要</p> <p>琴浦町長 様</p>					