

様式第5号（3関係）

軽自動車税に係る 生計同一 証明書交付願  
常時介護

年 月 日

琴浦町福祉事務所長 様

(申請者) 住 所

氏 名

※自署の場合押印不要

下記1の軽自動車は、専ら下記2の障がい者のために当該  
身体障がい者等と生計を一にする  
身体障がい者等を常時介護する  
下記3の者が運転するものであることを証明してください。

記

1 対象軽自動車	(登録番号又は車両番号)		
2 身体障がい者等	氏 名		
	住 所	電話番号	
3 運 転 者	氏 名	身体障がい者 等との続柄	
	住 所	電話番号	
	運転免許証の番号		
4 所有（使用）者	氏 名	身体障がい者 等との続柄	
	住 所	電話番号	
5 用途及び使用目的			
6 減免措置を受けた 自動車等の有無	有・無	(有の場合は、当該自動車等の登録番号又は車両番号)	

上記相違ないことを証明する。

年 月 日

琴浦町福祉事務所長 ⑩