

様式第2号（3関係）

軽自動車税減免申請書（身体障がい者等本人運転分新規用）

身体障がい者等	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	
	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		障 がい 等 級 等
運転免許証の有効期限	年 月 日			
運転免許証の付帯条件				
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に同じ 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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（納税義務者）</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合押印不要</p> <p>琴浦町長 様</p>				