

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

平成 年 月 日

川島町長 宛

納税者  
住(居)所  
氏名  
電話

印

下記のとおり川島町税条例第90条第1項の規定により軽自動車税を減免されたく申請します。

年度	徴収番号	税率 (年額)	納付すべき 税額	納期限	減免を受けよう とする税額	
		円	円	・ ・	円	
軽自動車等	車両番号	事業用、自 家用の別	定置場(使用の本 拠の位置)	所有者の住所及 び氏名(名称)	使用者の住所及 び氏名	
身体障害者等	住所			氏名	年 月 日生( 歳)	
	納税者との続柄		使用目的			
	身体障害者(戦傷 病者)手帳又は療 育手帳	記号番号			交付年月日	・ ・
		障害名			障害等級	
運 転 者	住所			氏名	身体障害者 等との続柄	
	運 転 免 許 証	番 号			交付年月日	・ ・
		免 許 の 種 類			有効期限	・ ・
		免許の条件及び自動車の制限				
備 考						