

宛先(提出先): 茨城町長 あて

軽自動車税減免申請書

茨城町税条例第89条・第90条第1項の規定により、下記のとおり減免を申請します。

◆減免の申請者

納 税 者	住所 (所在地)	茨城町	電話番号	
	氏名 (名称)		個人番号 (法人番号)	

◆減免を申請する理由(減免申請の種類)

1. 身体障害者等(第90条第1項第1号)	2. 公益専用車両(第89条)
3. 福祉車両(第90条第1項第3号)	4. 生活保護(第90条第1項第2号)

◆減免を受ける軽自動車等

車 両 情 報	種別 及び用途	<input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 軽自四輪自家用・乗用 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 小型特殊自動車(農耕作業用) <input type="checkbox"/> 軽自四輪自家用・貨物	総排気量又は 定格出力	cc
	車両番号 (標識番号)		型 式		最高出力	
	届出等 年月日		原動機 型式		形 状	
定 置 場					使用目的	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> その他()

◆身体障害者等に係る情報等

障 害 者	住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	障害者手帳 の番号	第	号	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 精神保健 <input type="checkbox"/> 療育
	障害の区分及び 等級(程度)			手帳の交付 年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
運 転 者	住 所 (所在地)	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ		障害者との 関係	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ			

(備考)