

軽自動車税減免申請書

見本

令和8年 4月 1日

射水市長

申請者 住所
(納税義務者)

射水市新開発410番地1

氏名

射水 太郎

電話番号 (0766) 51 - 6618

射水市市税条例第90条第1項第1号の規定により、令和8年度軽自動車税の減免を申請します。

減免申請車両	車両番号	富山580 あ 1234	交付年月日	平令 27年 11月 1日	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 軽自動車(四輪) 貨物 <input checked="" type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> その他()	車検証記載の「交付年月日」欄の日付を記入してください		
	主たる定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他()			
	使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学・通園 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他()			
障がいのある者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他()			
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ <input type="checkbox"/> その他()			
	生年月日	大・昭平令 1年 2月 3日	マイナンバーカード裏面の12桁の数字をご記入ください。		
	個人番号	123456789012			
	障がい名	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 戦傷病者手帳	1 視覚 2 聴覚 3 平衡機能 4 音声言語機能 5 上肢 6 下肢 7 体幹 8 脳病変による上肢機能 9 脳病変による移動機能		
		等級	1 級 <input checked="" type="checkbox"/> 10 心臓 11 じん臓 12 呼吸器 14 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		
<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B (満年齢)			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級)	療育手帳Bの場合は、未就学児(小学校就学の始期に達するまでの児童)のみ対象のため年齢の記入をお願いします。			
交付番号	富山県 第 12345 号	交付年月日	大・昭平令 12年 3月 4日		
軽自動車等運転者・運転免許証	運転者	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい者本人	運転者が「生計同一者」「常時介護者」の場合のみ記入してください (続柄)		
		<input type="checkbox"/> 生計同一者			住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 常時介護者	氏名			
	交付番号	第 123456789012 号			
交付年月日	平令 ××年 ×月 ××日	有効期限	平令 ××年 ×月 ××日		
条件	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> 中型車(8t)限定 <input type="checkbox"/> AT限定 <input type="checkbox"/> その他()				

【添付書類】

- ① 車検証の写し(4月1日に所有する車両)
- ② 運転免許証の写し(マイナ免許証の場合は免許情報がわかるもの)
- ③ 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の写し
- ④ 通院等証明書、常時介護証明書(新規申請者で、障がいのある者と運転者が異なる場合)

※詳しくは射水市課税課(0766-51-6618)にお問い合わせください。