

軽自動車税減免申請書
(身体障害者等に係る軽自動車用)

年 月 日

東吾妻町長 様

申請者
(納税義務者)

住所 東吾妻町大字

氏名

(障害者との関係)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

— —

東吾妻町税条例第90条第1項第1号に該当するので、同条第2項の規定により軽自動車税の減免を申請します。

障害者	住所	東吾妻町大字						
	氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日	
障害名			等級	級				
手帳番号		(大・昭・平 年 月 日 交付)						
運転者	住所	東吾妻町大字						
	氏名		障害者との関係					
運転免許証番号		(平成 年 月 日 交付)						
" の種類			免許の条件等					
軽自動車等	標識番号		定置場所					
	使用目的							

- 注意 1 この申請書を提出されるときは、身体障害者等の手帳等、運転免許証等を提示して下さい。
2 この申請書は、軽自動車税の納期限7日前までに提出して下さい。