

身体障害者等に対する軽自動車税(種別割)の減免について(報告)

年 月 日

スマートフォン等で
回答の方は、
本紙の提出は
不要です

申請者 (納税義務者)	住所	
	氏名	
	個人番号 * * * * *	
	電話番号	身体障害者等の関係

登録番号	取得年月日	
種別・用途	車名及び型式	車台番号
定置場(使用の本拠地)		
所有者又は使用者住所		氏名

宇部市税賦課徴収条例第90条第2項の規定により軽自動車税(種別割)の減免を申請します。

1. 身体障害者等

住所
氏名
年 月 日生

身体障害者等が亡くなっている場合は、死亡年月日を記入してください。

(年 月 日 死亡)

2. 申請内容の変更について

昨年の4月2日から4月1日までの期間について、各項目の「変更なし」、「変更あり」のいずれかを○で囲んでください。「変更あり」の場合は、右に変更後の内容を記入してください。

項目	変更の有無	変更後の内容 ※「変更あり」の場合のみ記入		
身体障害者手帳等について	手帳の更新	変更なし・変更あり	手帳番号()	※身体障害者手帳等を御持参の上、来庁してください。
	障害名	変更なし・変更あり	障害名()	
	障害等級	変更なし・変更あり	障害の等級(級)	
対象軽自動車について	所有者	変更なし・変更あり	住所()	※市民税課税制係まで連絡してください。
			氏名()	
			身体障害者との関係()	
運転者(使用者)	変更なし・変更あり	住所()	氏名()	※市民税課税制係まで連絡してください。
			氏名()	
			身体障害者との関係()	
使用目的について	変更なし・変更あり	該当するものを○で囲み()内を記入してください。 身体障害者等の ・通学(学校又は施設名) ・通院・通所(病院名) ・生業(職業名又は勤務先)のために使用。		