

年 月 日

様

宛先(提出先): 熊本県宇城市長 様

軽自動車税 減免申請書

宇城市税条例第89条第2項の規定により、軽自動車税の減免を申請します。

◆減免の申請者

納 税 義 務 者	住 所 (所在地)	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)

減免を申請する理由に該当するものに○をつけてください。
1. 身体障害者等 2. 公益専用車両 3. 福祉車両 4. その他 ()

◆減免を受ける軽自動車等

車 両 情 報	種別 及び用途			総排気量又は 定格出力	
	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	

◆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	
	障害者手帳 の番号			手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健
	障害の区分 及び等級(程度)			手帳の交付 年月日	
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)

【お問い合わせ先】

〒869-0592

熊本県宇城市松橋町大野 85 番地

宇城市役所 税務課

TEL : 0964-32-1111

提出期限: 年 月 日

※必ず上記の期限までにご提出ください。