

申請をされる方は必ずご記入ください。

様式第2号（第5条関係）

軽自動車税（種別割）身体障害者等減免申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

障がい者との関係 _____

豊後大野市税条例第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。

障がいのある方 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	住 所											
	氏 名											
障がいのある方の個人番号												
障害者手帳	種 類	1. 身体障害者手帳					2. 療育手帳					
		3. 精神障害者保険福祉手帳					4. 戦傷病者手帳					
	手帳番号						障害等級等					
	交付年月日	年			月		日					
障 害 名 等												
運 転 者 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	住 所											
	氏 名						障がい者との関係					
運 転 免 許 証	免許証番号											
	交付年月日	年			月		日					
	有効期限	年			月		日					
軽自動車等	車 両 番 号											
	種 別	1. 軽四輪 2. 原付(cc) 3. その他()										
	定 置 場	1. 運転者住所に同じ 2. その他 ()										
	用 途	1. 通院 2. 通所 3. 通学 4. 通勤										