

身体障がい者等に係る軽自動車税減免申請書

年 月 日

江北町長 様

江北町税条例第90条第2項の規定により 年度軽自動車税の減免を申請します。

申請者（納税義務者）

住所											
氏名	障がい者との続柄 ()								電話番号		
個人番号										車種	原付（一種 二種乙 二種甲） 軽四輪（貨物 乗用） その他
車両番号	佐賀										
主たる定置場	☐ 住所に同じ ※異なる場合は記入（ ）										

身体障がい者等

住所	☐ 申請者住所に同じ		
氏名	☐ 申請者に同じ	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日（ 歳）
障がい名	1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 平行機能障害 4. 上肢不自由 5. 下肢不自由 6. 体幹不自由 7. 脳病変による上肢機能障害 8. 傷病変による移動機能障害 9. 心臓機能障害10. 腎臓機能障害 11. 呼吸機能障害 12. 音声言語機能障害 13. 知的障害 14. 膀胱または直腸・小腸機能障害 15. 精神障害 16. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 17. 肝臓機能障害		
障がいの程度	・身体障害者手帳（ 級 ） ・精神障害者保健福祉手帳1級 ・戦傷病者手帳（ 項症 款症 ） ・療育手帳A		
手帳番号	佐賀県 第 号	交付年月日	大 昭 平 令 年 月 日

運転者（運転者が本人以外の場合は生計を一にする者）

住所	☐ 申請者住所に同じ		
氏名	☐ 申請者に同じ	障がい者との続柄 ()	免許証 番号 第 号
免許証の有効期限	年 月 日	免許交付 年月日	年 月 日
免許の種類	普通 自二 原付 その他（ ）	条件（ ）	
用途	通院 通学 通勤 その他（ ）	使用目的 通院通学先	

※職員記入欄

添付書類	☐ 手帳（身・療・精・戦） ☐ 納税通知書 ☐ 運転免許証の写し ☐ 車検証の写し ☐ 証明書（通学・通院・通所・通勤・生業）			受付印
番号確認	個・通・住 ()	資料 番号	入力 済	