

身体障害者等自動車税減免申請書

| | | | |
|----------|-----------------------|---------|--|
| 年 月 日 | 納 税 義 務 者 | 住 所 | |
| 財務事務所長 様 | | フリガナ | |
| | | 氏 名 | |
| | | 電 話 番 号 | |

静岡県税賦課徴収規則第17条の規定により次のとおり減免を申請します。

| 自 動 車 額 | 課税年度 | 本来の税額 | 減免額 | 減免後の額 |
|---------|------|-------|-----|-------|
| | 年度 | 円 | 円 | 円 |

| | | | | |
|------------------|---------------------|-----|-----|--|
| 減免を受けようとする自動車の状況 | 登 録 番 号 | | | |
| | 所 有 者 | 氏 名 | | |
| | | 住 所 | | |
| | 使 用 者 | 氏 名 | | |
| | | 住 所 | | |
| | 使用の本拠の位置・自動車の所在する位置 | | | |
| | 初 度 登 録 年 月 | | 年 月 | |
| 型 式 | | | | |

| | | | | |
|---------------|---|--|--|--|
| 障害者のために使用する状況 | <input type="checkbox"/> 障害者と自動車を運転する者が同一人物である。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 障害者と自動車を運転する者が別人である。 ※障害者の「 <input type="checkbox"/> 通院、 <input type="checkbox"/> 通学（通園）、 <input type="checkbox"/> 通所、 <input type="checkbox"/> 生業、 <input type="checkbox"/> その他（ ） 」に使用している。 | | | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|-----------|-------------|--|
| 障害者の状況 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 納 税 義 務 者 と の 関 係 | | | |
| | 生 年 月 日 | | 年 月 日 (歳) | |
| | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | 番 号 | | |
| | <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 | 交 付 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 療 育 手 帳 | 障 害 名 | | |
| <input type="checkbox"/> 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 | 障 害 の 等 級 | | | |

| | | | | |
|-------------|-------------|--|-------|--|
| 自動車運転する者の状況 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 障害者との続柄（関係） | | | |
| | 免 許 証 番 号 | | | |
| | 交 付 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | 有 効 期 限 | | 年 月 日 | |
| | 免 許 の 種 類 | | | |
| 免 許 の 条 件 | | | | |

| | |
|------------------|--|
| 既に減免を受けている車の登録番号 | |
|------------------|--|

| | |
|-------------------|-------|
| 移 転 ・ 抹 消 の 年 月 日 | 年 月 日 |
|-------------------|-------|

(注)裏面を読んで記入してください。