

身体障害者等自動車税種別割減免申請書

年 月 日	納 税 義 務 者	住 所	
財務事務所長 様		フリカゝナ	
		氏 名	印
		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。

種別割額	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"/> 納税義務者と自動車を運転する者が同一人物である。 <input type="checkbox"/> 納税義務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	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				
自動車を運転する者の状況	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。