

受付印

軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

(あて先) つがる市長

住 所
(所在地)

氏 名
(法人名)

電話番号

つがる市税条例の規定に基づき、下記のとおり減免申請します。

記

納税義務者氏名	車両番号(標識番号)
納税義務者の個人番号(法人番号)	減免申請税額
	円
減免を必要とする理由	1. 所有者及び運転者が障害者等である(第90条)
	2. 所有者が障害者等または生計同一者で、運転者が生計同一者(第90条) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他()
	3. その他(第89条) <input type="checkbox"/> 公益 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他()

※軽自動車税の減免は自動車税との併用はできません。また、減免対象車両は、一人一台に限ります。

市 記 入 欄	
所 有 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 生計同一者
運 転 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 生計同一者 <input type="checkbox"/> 常時介護者

※障害の対象範囲については裏面を参照

市記入欄

障害の区分	障害の程度		
	身体障害者本人が運転	生計を一にする者又は常時介護する者が運転	
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 3級	
音声機能または言語機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 (こう頭摘出に係るものに限る)		
上肢不自由	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
下肢不自由	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
体幹不自由	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害	上肢機能	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 (一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 (一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)
	移動機能	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
ぼうこう又は直腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
小腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
療育(愛護)手帳の交付を受けている者	<input type="checkbox"/> 等級「A」	<input type="checkbox"/> 等級「A」	
精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 1級	

- 注意
- 複合障害により身体障害者手帳の等級が上がっている場合は、個々の障害等級について該当する場合に限り該当
 - 生計を一にする者又は常時介護する者が所有する車両を、障害者本人が運転する場合は減免の該当なし