

受 付		<h2 style="margin: 0;">軽自動車税(環境性能割)減免申請書</h2> <p style="margin: 0;">(身体障害者・戦傷病者・知的障害者に係る軽自動車)</p>			
群馬県知事 へて		申請年月日	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日		
申請者	住所	<b>前橋市上泉町397-5 (納税義務者の自宅住所をご記入ください)</b>			
	フリガナ	○○○○ ○○○		電話番号	080-○○○○-○○○○
	氏名	<b>納税義務者名をご記入ください</b>			
電話番号					
日中、連絡のつく電話番号(携帯電話等)を記載					
年度の軽自動車税(環境性能割)について、次のとおり減免してください。					
軽自動車の車両番号		<b>群馬 58* あ ****</b>		主たる定置場	
車名		<b>具体的な車名(商品名)</b>			
使用者	住所	<b>車検証に記載される使用者を</b>		減免を受けようとする額	** , ** * 円
	氏名	<b>転記してください</b>			
障害者手帳から転記してください	住所	<b>前橋市上泉町397-5</b>		住所	<b>前橋市上泉町397-5</b>
	フリガナ	○○○○ ○○○		フリガナ	○○○○ ○○○
	氏名	● ● ● ●		氏名	● ● ● ●
	年月日	昭和●● 年 ● 月 ● 日	年齢	○○ 歳	
	納税義務者の続柄	<b>本人</b>	職業	<b>無職</b>	
	種類	<b>身障・戦傷病・療育</b>			
	発行市県	<b>群馬県</b>			
	記号・番号	第 <b>999999</b> 号			
	交付年月日	平成 <b>25</b> 年 <b>8</b> 月 <b>31</b> 日			
	障害内容	<b>***による***機能障害 2級</b> <b>***の障害 3級</b>			
障害の等級(程度)	<b>1 種 1 級</b>				
使用目的	1 通勤	会社 学校 病院等	所在地	<b>前橋市亀泉町甲3-12</b>	
	2 通学、通園		名称	<b>群馬県立心臓血管センター</b>	
	3 通院		電話番号	<b>027-269-7455</b>	
	4 生業		主な使用目的を○で囲み、主な利用先の情報を記入してください。		
5 通所					
6 その他					
提示するもの		1 身体障害者等の身体障害者手帳、戦傷病者手帳または療育手帳 2 軽自動車を運転する者の運転免許証 <b>提示できない場合は、裏表両面のコピーを添付</b>			
添付書類		1 軽自動車届出済証の写し 2 身体障害者等と生計を一にする者または身体障害者等のために当該身体障害者を常時介護する者が運転する場合は、身体障害者等の居住地を管轄する市福祉事務所長または町村長(戦傷病者については県保健福祉事務所長、町村に居住する知的障害者及び18歳未満の身体障害者については県保健福祉事務所長)が発行した「証明書」 3 その他知事が指示する書類			

注 1 この申請書は、軽自動車税(環境性能割)の申告書を提出する時または日までに、提出してください。  
 2 減免申請の審査に当たって、手帳内容等について手帳の交付元に照会することがあります。あらかじめ、御承知おきください。