

受付		自動車税減免申請書					
群馬県知事あて		(身体障害者・戦傷病者・知的障害者に係る自動車)					
申請年月日		令和●年 ●月 ●日					
申請者	住所	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)					
	フリガナ	○○○ ○○○○					
	氏名	納税義務者名をご記入ください。					
電話番号	(090)xxxx-xxxx						
令和●年度の自動車税について、次のとおり減免してください。				日中、連絡のつく電話番号(携帯電話等)を記載。			
自動車の登録番号	群馬5△0ま8□▽4	自動車税の年税率	39,500	円			
車名	具体的な車名(商品名)	自動車の種別	小型・普通				
使用者	住所	前橋市上泉町397-5		減免を受けようとする額	39,500	円	
	氏名	車検証の使用者をご記入ください。					
身体障害者等	住所	前橋市上泉町397-5		運転者	住所	前橋市上泉町397-5	
	フリガナ	○○○○			フリガナ	○○○○	
	氏名	●●●●			氏名	●●●●	
	生年月日	S●年 ●月 ●日	年齢		65歳	身体障害者等との続柄	本人
	納税義務者との続柄	本人	職業		会社員	職業	会社員
手帳	種類	身障・戦傷・療育		運転免許証	番号	第4567 8901 2345号	
	発行市県	群馬県			交付年月日	R●年 4月 25日	
	記号・番号	第15xx40号			有効期限	R●年 5月 16日まで	
	交付年月日	H27年 6月 10日			免許の種類	大 中 普 大 け 大 中 普 大 け 型 型 通 特 引 二 二 二 二 二 型 型 通 特 引 二 二 二 二 二	
	障害名	脳出血による左上肢機能障害2級 脳出血による両下肢機能障害2級			免許の条件	免許にある条件をご記入ください。	
	障害の等級(程度)	1種 1級					
使用目的	1 通勤	会社 学校 病院等	所在地	前橋市大手町1-1-1			
	2 通学、通園		名称	群馬☆☆病院			
	③ 通院		電話番号	(027) 223-1111			
4 通業							
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、戦傷病者手帳又は療育手帳 2 自動車を運転する者の運転免許証						
添付書類	1 登録事項等証明書、自動車検査証の写し 2 身体障害者等と生計を一にする者又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所管する市福祉事務所長又は町村長(戦傷病者にあつては県地域福祉課長、町村に居住する知的障害者・18歳未満の身体障害者にあつ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

- この申請書は、普通徴収の方法により納付するものにあつては納期限までに、証紙徴収の方法により納付するものにあつては自動車証紙によりその税額を納付することとされている際に、提出してください。
- 減免申請の審査に当たつて、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、御承知おください。