

受		付				
群馬県知事あて		<b>自動車税減免申請書</b> (精神障害者に係る自動車) (県税条例第162条第2項の規定による申請書)				
		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	○○○ ○○○○	電話番号 (090)xxxx-xxxx			
	氏名	納税義務者名をご記入ください。				
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(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)	自動車の別種	小型・普通			
使用者	住所	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。		
精神障害者	住所	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		
	納税義務者との続柄	本人	職業	会社員		
	精神障害者手帳	発行都道府県	群馬県	運転者		
		交付年月日	R●年 ●月 ●日			
		有効期限	R●年 ●月 ●日			
		障害等級	1級			
	手帳番号	15■▲44号	番号	第4567 8901 2345号		
自立支援医療受給者証	自立支援医療受給者番号	1▼●●●53	交付年月日	R●年 4月 25日		
使用目的	1	通院	所在地	前橋市大手町1-1-1		
	2	通所		名称	群馬☆☆病院	
	3	通学、通園			電話番号	(027) 223-1111
	4	生業				
	5	その他				
提示するもの		1 精神障害者保健福祉手帳				
		2 自立支援医療受給者証				
		3 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又は軽自動車届出済章の写し				
		2 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。