

## 軽自動車税減免申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電 話

減免を受けようとする者が、身体障害者で年齢 18 歳未満の者又は精神障害者と生計を一にする者であるときは、当該障害者との関係 ( )

伊豆の国市税条例第 99 条第 1 項第 1 号の規定により、下記のとおり減免申請します。

年 度	令和 年度分					
身体障害者 等の状 況	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	年 齢			
	身体障害者手帳 (戦傷病者手帳)	番 号	交 付 年 月 日			
				昭 平		
		障 害 名	障 害 等 級			
減免を受けようとする 軽自動車等 を運転する 者の運転免 許の状況	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	身体障害者との関係	免許の種類	免許証番号			
		普通・				
	交 付 年 月 日	有 効 期 限	免 許 の 条 件			
減免を受けようとする 軽自動車等 の状況	所有者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
		個 人 番 号				
	車 両 番 号		種 別	原 付 ・ 軽 自 動 車		
	定 置 場 所	伊 豆 の 国 市				
	使 用 目 的	通 院 ・ 通 所 ・ 通 学 ・ 通 勤 ・ 日 常 生 活 ・ そ の 他 ( )				

添付書類・・・免許証（写）、障害者手帳等（写）、車検証（写）

※ 納期限日までに提出してください

裏面へ

該当する等級にマルをつけてください

交付されている手帳	障害の区分	身体障害者等が所有し、本人が運転する場合				身体障害者等の同一生計者が所有又は運転する場合									
		障害の等級				障害の等級									
身体障害者手帳	視覚障害	1級	2級	3級	4級の1		1級	2級	3級	4級の1					
	聴覚障害	2級		3級			2級		3級						
	平衡機能障害	3級				3級									
	音声機能障害	3級(喉頭摘出による音声機能障害がある場合に限る)													
	上肢不自由	1級		2級			1級		2級						
	下肢不自由	1級	2級	3級	4級	5級	6級	1級	2級	3級					
	体幹不自由	1級		2級		3級		5級		1級		2級		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	1級			2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を含む)			1級		2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を含む)				
		移動機能	1級	2級	3級	4級	5級	6級	1級		2級		3級		
	心臓・じん臓・呼吸器・小腸・膀胱又は直腸の機能障害	1級			3級			1級		3級					
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	1級		2級		3級			1級		2級		3級		
	肝臓機能障害	1級		2級		3級			1級		2級		3級		
療育手帳	重度の障害(A)														
精神障害者保健福祉手帳	1級でかつ、自立支援医療受給者証(精神通院医療に係るものに限る)の交付を受けている者														

※戦傷病者手帳の交付を受けている場合は別途確認します。

※総合等級の読み替えは別途確認します。

身体障害者手帳の交付を受けている者のうち、本人の所有かつ運転であれば減免となるが、生計同一者等の所有又は運転では対象外になる場合、重複して身体障害がある場合には身体障害者手帳の身体上の障害の程度を各障害区分の等級に読み替えて判定される場合があります。