

大崎市長 様

大崎市市税条例第90条第1項第1号による軽自動車税の減免を受けるため、同条第2項により申請します。

申請者

住所 〒989-6188

大崎市 古川七日町1番1号

氏名 大崎 太郎

電話 0229 ( 23 ) 2148

記

車のナンバーを記入。

納税義務者欄を記入し、個人番号確認書類、身元確認書類を提示。郵送の場合は写しを添付。

手帳に書かれている障害名を記入。

障害者本人ではない場合、氏名・住所をそれぞれ記入。(納税義務者欄や身体障害者等欄も同様)

減免車両番号		宮城〇〇〇あ△△△△ または (大崎市ふ.〇〇〇〇)				
使用目的		<input type="checkbox"/> 通学(園) <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 仕事				
種別・用途		<input checked="" type="checkbox"/> 別添車検証の通り <input type="checkbox"/> 別添機				
使用の本拠の位置		<input checked="" type="checkbox"/> 別添車検証の通り <input type="checkbox"/> 別添機				
納税義務者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 左記以外 ( )				
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
身体障害者等	氏名(要記入)			生年月日	大・昭・平・令 11年 1月 1日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者本人 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	手帳	障害名	△△△△			
		番号	①. 身体障害者手帳 2. 戦傷病者手帳 3. 療育手帳 4. 精神障害者保健福祉手帳 ①(宮城)・仙台・ ( ) 第 〇〇〇 号			
	交付年月日	昭・平・令 2年 2月 2日	手帳の等級	〇 級		
運転者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( )				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	免許証交付年月日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	種類及び条件	普通・中型・大型		
	免許証有効期限	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		その他 ( )		

(職員確認欄) こちらには記入しないでください

個人番号確認欄	申請者確認欄	代理権確認欄	添付書類	No.(新)
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 障害者本人・代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理)	<input type="checkbox"/> 車検証の写し	
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 免許証・個人番号カード	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理)	<input type="checkbox"/> 手帳の写し	
<input type="checkbox"/> 番号付住民票の写し	<input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 免許証の写し	