

身体障害者等に係る軽自動車税（種別割）減免申請書									
<div>令和 年 月 日</div> <div>小川町長 宛て</div> <div>納税義務者 住 所 氏 名 個人番号 電話番号</div> <div>下記のとおり小川町税条例第 9 0 条の規定により、軽自動車税（種別割）を減免されたく申請いたします。</div>									
年 度		納 期 限		税 額		減免を受けようとする 税額			
令和 7 年度		令和 7 年 6 月 2 日		円		円			
軽 自 動 車	車両番号 （標識番号）	事業用 自家別	定 置 場 （使用の本拠の位置）		所有者の住所及び 氏 名 （ 名 称 ）		使用者の住所及び 氏 名 （ 名 称 ）		
身 体 障 害 者 等	住 所	小川町			氏 名				
	納税義務者 との続柄				使 用 目 的				
	身体障害者 （戦傷病者）手帳		記 号 番 号				交 付 年月日		
			障 害 の 区 分				障害の 級別等		
運 転 者	住 所	小川町			氏 名			障 害 者 との続柄	
	運転免許証		番 号				交 付 年月日		
			免 許 の 種 類				有 効 期 限		
			免 許 の 条 件						
備 考									