

身体障害者等に係る軽自動車税(種別割)減免申請書

令和 年 月 日

小川町長 宛て

納税義務者

住 所

氏 名

個人番号

電話番号

下記のとおり小川町税条例第90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。

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 效 期 限		
			免 許 の 条 件					
備 考								