

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

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8年度	令和8年6月1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						