

宛先（提出先）：ふじみ野市長 宛

## 軽自動車税減免申請書

市税条例第89条第1項第2号の規定により、減免されたく次のとおり申請します。

## ◆減免の申請者

義 納 税 者	住 所 (所在地)	埼玉県ふじみ野市福岡1-1-1	電話番号	049-262-9011									
	氏 名 (名 称)	ふじみ野 太郎	個人番号 (法人番号)	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

※ 個人番号は12桁、法人番号は13桁を記入してください

## ◆減免を申請する理由（減免申請の種類）

1 身体障害者	2 公益のために直接専用するもの	3 生活保護法に規定する生活扶助受給者
4 その構造が専ら身体障害者等の利用に供するためのもの	5 その他事由により、特に減免を必要とするもの	理由：

## ◆減免を受ける軽自動車等

※ 車検証に記載のある車両情報を記入してください

車 両 情 報	種 別 及び用途	軽自動車 四輪 自家用 乗用			総排気量 又は定格出力	650cc
	車両番号 (標識番号)	所沢580あ〇〇〇〇	型 式	AA-〇〇〇	最高出力	
	届出等 年月日	令和〇年〇月〇日	原動機型式	ABC	形 状	箱型
定 置 場	埼玉県ふじみ野市福岡1-1-1				使用目的	通院・日常生活

## ◆身体障害者等に係る情報等

障 害 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ				
	氏 名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ ふじみ野 花子		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	障害者手帳 の番号	埼玉県第〇〇〇号			手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健
	障害の区分 及び等級（程度）	疾病による心臓機能障害（ペースメーカー） 心臓1級			手帳の 交付年月日	昭和〇〇年〇月〇日
運 転 者	住 所 (所在地)	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ			障害者 との関係	夫
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ				

(備考)

【お問い合わせ先】

356-0011  
埼玉県ふじみ野市福岡1丁目1番地1号  
ふじみ野市 総務部 税務課  
049-262-9011

提出期限：令和 年 月 日

※必ず上記の期限までにご提出ください。