

別記様式第5号（第10条関係）

軽自動車税減免申請書

年 月 日

野々市市税条例第97条第2項の規定に基づき、下記のとおり減免を申請します。

◆減免の申請者

納税義務者	住所 (所在地)	野々市市三納〇丁目〇番地	電話番号	123-456-7890											
	氏名 (名称)	野々市市 太郎	個人番号 (法人番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

◆減免を申請する理由（減免申請の種類）

<input checked="" type="checkbox"/> 1. 身体障害者等	<input type="checkbox"/> 通学(園)	<input checked="" type="checkbox"/> 通勤	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> その他 ()
2. 身体障害者等が利用できる構造の車両					

□車検証の写しのとおりに✓していただくと、車両情報の記載は省略できます。

◆減免を受ける軽自動車等 車検証の写しのとおり

車両情報	種別 及び用途	軽四輪 自家用			総排気量 又は定格出力	0.65L
	車両番号 (標識番号)	石川 580 の●◆▲■	型式	R●▲A	最高出力	
	登録年月日	令和5年5月5日	原動機 型式	R●▲A	形状	箱型
定置場	野々市市三納〇丁目〇番地				使用目的	

□手帳の写しのとおりに✓していただくと、手帳情報の記載は省略できます。

◆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	納税義務者との関係 ()		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ	生年月日		
	障害者手帳の 番号	<input type="checkbox"/> 手帳の写しのとおり	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)	〇〇機能障害 Ⅰ級	手帳の交付 年月日	令和2年2月2日	
運転者	住所 (所在地)	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ	障害者との 関係	本人	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			