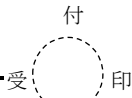


※軽減免状 車状	登録番号	
	名変・抹消	年 月 日
受付担当者		



令和 年 月 日	申請者(納税義務者)	住所	〒	—	
岐阜県自動車税事務所長 様 (県事務所長)		フリガナ 氏 名			
		電話番号	< >	—	

身体障害者等に係る 令和 年度 自動車税 減免申請書

申請理由	<input type="checkbox"/> 本人運転 <input type="checkbox"/> 生計同一者運転 (18歳以上) <input type="checkbox"/> 生計同一者運転 (18歳未満) <input type="checkbox"/> 常時介護者運転
------	--

障がい者の状況	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()			障がい名 障害の等級 程度(総合判定) (療育)判定日 年 月 日
	住所	□申請者と同じ(省略)			
	フリガナ氏名	(M・T・S・H・R 年 月 日生)			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	岐阜県・岐阜市・() 第 号	交付年月日	

運転者の状況	障がい者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()			本人運転以外の場合の使用目的 □通学 □通院 □通所 □生業 □その他() 施設名 使用頻度 / 週・月 上記身体障がい者等が施設入所又は長期入院していません□
	住所	□申請者と同じ(省略)			
	フリガナ氏名	□申請者と同じ(省略) (M・T・S・H・R 年 月 日生)			
	免許証番号	第 号	有効期限	年 月 日	
	免許証の種類	□普通 □中型 □準中型 □大型 □普通二種 □中型二種 □大型二種			
	免許の条件	□眼鏡等 □AT車に限る □中型車(準中型車)は中型車(8t)(準中型車(5t))に限る □その他()			

規則第87条の3第6項の該当の有無

上記障がい者に関して、他に身体障害者等の減免又は構造上身体障害者等の利用に専ら供するため

受けています
 受けていません

減免事由※	対象	登録(取得)年月日				登録番号				
		年号	年	月	日	運支	車種	記号	番号	
自動車税	自動車	昭和 平成 令和				岐 阜 飛 騨				
		課税額 ①			減免申請額 ②			減免後の額 ①-②		
令和 年度自動車税		円			円			円		

申請代理人	屋号又は氏名	電話番号 < > —
-------	--------	------------

(注)申請者(納税義務者)は、自動車検査証の所有者欄(所有権留保の場合は使用者欄)に記載されている方です。

備考 1 この申請書は正副2通を提出することとし、申請書を提出する際に身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳及び自動車免許証又は免許情報記録個人番号カードを提示すること。

2 運転する者が身体障がい者等と生計を一にする者である場合には、当該事実を証明する住民票の謄本等を正本に添付すること。

3 運転する者が身体障がい者等を介護する者である場合には、次に掲げる区分に応じ、それぞれの区分に定める機関の長が発行する証明書を正本に添付すること。

(1) 身体障害者手帳又は療育手帳を有する者 市町村長

(2) 戦傷病者手帳を有する者 健康福祉部地域福祉課長

(3) 精神障害者保健福祉手帳を有する者 保健所の長

4 ※印の欄は、記載しないこと。

5 第15号様式備考は、この様式について準用する。