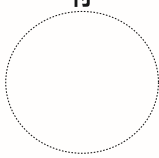


付

受印



年 月 日

自動車税事務所長 様
(県税事務所長)

申請者
(納税義務者)

住 所
(所 在 地)

〒 -

名 称 及 び
代 表 者 氏 名

電 話 番 号

() -

公的医療機関の所有による 年度自動車税減免申請書

自 動 車	登 録 番 号	岐阜 飛 騨		
	登 録 年 月 日	年 月 日	初度登録年月	年 月
	車 名			
	車 台 番 号			
	主たる定置場	〔 病 院 診 療 所 〕		
減免処理事由 ※		用 途		
自動車税				
		課 税 額 ①	減免申請額 ②	減免後の額 ①-②
年度自動車税		円	円	円
この申請書について応答する者		屋号又は氏名	電話番号	() -

〈備考〉・この申請書は、正副 2 通を提出することとし、正本には、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。
・※の欄は記載しないこと。

	申請者 (納税義務者)	住所 (所在地)	〒		—	
		名称及び 代表者氏名				

公的医療機関の所有による 年度 自動車税減免申請書兼承認通知書

自動車	登録番号	岐阜 飛驒					
	登録年月日	年	月	日	初度登録年月	年	月
	車名						
	車台番号						
	主たる定置場	〔 病院 診療所 〕					

	用途				
--	----	--	--	--	--

	課税額 ①	減免申請額 ②	減免後の額 ①-②
年度自動車税	円	円	円

岐阜県指令自税第 号の

岐阜県税条例第85条の2第1項第2号の規定により上記申請のとおり承認します。

年 月 日

岐阜県自動車税事務所長