

軽自動車税（種別割）減免申請書

年　月　日

(あて先) 昭島市長

納税義務者		代理申請者	
住 所		住 所	
氏 名		氏 名	
マイナンバー			
電 話 番 号		電 話 番 号	

軽自動車税（種別割）の減免を受けたいので、昭島市税賦課徴収条例第 90 条の規定により、以下のとおり申請します。

年度	令 和 7 年 度	整 理 番 号	税 額	
車両情報	車両（標識）番号		車 台 番 号	
	総排気量(定格出力)		車 名	
	仕 様 目 的	1 通院 2 介護 3 その他 ()		
	定 置 場			
	車種（種別） ○で囲んでください	軽自動車 二輪・三輪・四輪乗用・四輪貨物 二輪の小型自動車 原動機付自転車等 第一種・第二種乙・第二種甲・ミニカー・小型特殊自動車		
障害者情報	住 所			
	障害者氏名		納税義務者との関係	
	生年月日		年 齢	満 歳
	手帳番号		交付年月日	年 月 日
	障害名			
	障害の程度			
主たる運転手	住 所			
	運転者氏名		障害者との関係	
	免許証番号		交付年月日	年 月 日
	免許の種類		有効期限	年 月 日
添付資料 ○で囲んでください	1. 身体障害者手帳の写し 2. 戰傷病者手帳の写し 3. 療育手帳（愛の手帳の写し） 4. 精神障害者保健福祉手帳の写し <u>※上記のうち、該当する手帳の番号に○をお願いします</u> 5. 運転免許証の写し 6. 車検証等の写し（車両の変更があった場合のみ）			

※注意 身体障害者手帳等、障害名及び程度を証する書類、運転免許証の写しを添付してください。

※パートナーシップ宣誓者の方は、上記資料に加えパートナーシップ受領証明書等をご呈示ください。

(郵送の場合は印刷をして同封してください。)