軽自動車税減免申請書

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 8 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．戦傷病者手帳の写し 2．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 **※上記のうち、該当する手帳の番号に○をお願いします** 5．運転免許証の写し　6．車検証等の写し（新規の申請または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。）