

軽自動車税（種別割）減免申請書(新規)

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者（納税義務者）

郵便番号

住所

フリガナ

氏名

身体障がい者等との関係（ ）

電話番号（ ）

個人番号

新潟市市税条例第86条第2項の規定により次のとおり申請します。

なお、自動車税（種別割）又は他の軽自動車税（種別割）で減免を受けている車両はありません。

申請する軽自動車	年度	照会コード	税額	円	
	標識(車両)番号	新潟	車種		
	自動車検査証記載事項	使用者名	1 申請者氏名に同じ 2		
		所有者名	1 申請者氏名に同じ 2		
主たる定置場		1 申請者住所に同じ 2			
身体障がい者等	障がい者(児)氏名住所生年月日	1 申請者氏名に同じ 2			
		1 申請者住所に同じ 2			
		生年月日(年齢) 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)			
	身体障害者手帳番号・交付年月日	第 号	年 月 日		
	戦傷病者手帳番号・交付年月日	第 号	年 月 日		
	療育手帳番号・交付年月日	第 号	年 月 日		
	精神障害者保健福祉手帳番号・交付年月日	第 号	年 月 日		
障がい名及び障がいの程度(個別等級)		級 項 款 症			
軽自動車等運転者	運転者	1 障がい者本人 2 生計同一者 3 常時介護者			
		氏名	1 申請者氏名に同じ 2	障がい者等との関係()	
	住所	1 申請者住所に同じ 2			
	運転免許証	交付年月日	年 月 日	種類	運転免許に付されている条件
免許証番号		第 号			
有効期限		年 月 日まで有効			
用途及び使用目的		通院・通学・通所・施設からの帰省・生業(通勤, 仕事)・その他()			

証明書番号 第 号

注 この申請書は、納税通知書及び必要書類を添付の上、納期限までに提出してください。申請の際には、身体障害者手帳等の減免要件を市民税課の窓口へ事前にご確認ください。