

(様式第2号)

軽自動車税減免申請書

受付印

門川町長 様

令和 年 月 日

申請者	住所	門川町		
	氏名(名称)	①		
	電話番号		障がい者との関係	

門川町町条例第90条第2項の規定により、軽自動車税の減免を申請します。

身体障がい者手帳等の内容 ※手帳の写しでも可	住所	門川町		
	氏名			
	番号			
	交付年月日			
	障がいの区分			
	障がいの級別			

軽自動車等を 運転する者 ※写しでも可	氏名			
	障がい者との関係			
	運転免許 証の内容	番号		
		交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		有効期限	令和 年の誕生日まで	
		運転の条件	<input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> その他()	

軽自動車等	車両番号・標識番号				
	主たる定地場				
	種別	用途	使用目的		
		<input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> 乗用	<input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用		
	納税義務者	住所	門川町		
		氏名			