

身体障害者・精神障害者に係る 自動車取得税 自動車税 減免申請書

※  
 納期変更後の納期内申請  
 課税復活後の納期内申請

※受付番号 \_\_\_\_\_  
 ※仮申請番号 \_\_\_\_\_

(あて先) 埼玉県自動車税事務所長 平成 年 月 日

納税者 住所 \_\_\_\_\_ 市 町 村  
 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、埼玉県税条例 第45条の3第2項 第49条第3項 の規定により 自動車取得税 自動車税 の減免を受けたいので申請します。

| 区 分    | 年 度   | 税 率  | 課 税 額 | 減 免 額 | 納 付 税 額 |
|--------|-------|------|-------|-------|---------|
| 自動車取得税 | 平成 年度 | ／100 | 円     | 円     | 円       |
| 自動車税   | 平成 年度 | 円    | 円     | 円     | 円       |

|     |  |                               |               |   |            |
|-----|--|-------------------------------|---------------|---|------------|
| 自動車 | 登録番号又は車両番号   | <small>事業用・<br/>自家用の別</small> | 定置場（使用の本拠の位置） | 所有者の住所及び氏名（名称）  | 使用者の住所及び氏名 |
|     | <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 熊谷 <input type="checkbox"/> 所沢 <input type="checkbox"/> 春日部 <input type="checkbox"/> 川越 | 自家用                           | 申請者の住所と同じ     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> [ _____ ] | 申請者と同じ     |

|     |  |  |                             |       |   |                                |                                 |       |  |
|-----|--|--|-----------------------------|-------|---|--------------------------------|---------------------------------|-------|--|
| 障害者 | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> [ _____ ]  |                             | フリガナ  | _____   | 生年<br>月日                       | 明 大 昭 平                         | 年 月 日 |  |
|     | 納税者との続柄  | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 納税者にとって [ _____ ] |                             | 使用目的  | 障害者の <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 通所 のために使用 |                                |                                 |       |  |
|     | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br>〔 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> マルA〕 | 記号番号   | _____ 県 都 道 府 市 第 _____ 号   |       | 交付年月日   | 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 交付 | 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 再交付 |       |  |
|     | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳   | 障害等級   | <input type="checkbox"/> 1級 | 手帳番号  | 自立支援医療費の受給者番号   |                                | ※職員記入欄                          |       |  |
|     | 交付年月日  | 年 月 日  | 手帳有効期限（更新）                  | 年 月 日 |   |                                |                                 |       |  |

|     |               |   |  |    |       |         |   |
|-----|---------------|---|--|----|-------|---------|---|
| 運転者 | 住所            | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> [ _____ ]   |  | 氏名 | _____ | 障害者との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 障害者にとって [ _____ ] |
|     | 運転免許証         | 番 号   | _____  |    | 交付年月日 | 年 月 日   |   |
|     |               | 免 許 の 種 類   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ] |    | 有効期限  | 年 月 日   |   |
|     | 免許の条件及び自動車の制限 | <input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> A T車に限る <input type="checkbox"/> 中型車 ( _____ t)に限る <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ] |  |    |       |         |   |

備考 \_\_\_\_\_ ※確認した職員 \_\_\_\_\_