

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	事業用・ 自家用の別	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 <input type="checkbox"/> []	申請者と同じ

障害者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> []		フリガナ		生年 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 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 〔 <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
		障害等級又は 障害の程度	障害名			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			
		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 <input type="checkbox"/> []		氏名		障害者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <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"/> AT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