

申請区分 (※枚方市記入欄)	1.身障者等	2.構造	3.その他
-------------------	--------	------	-------

管理番号 (※枚方市記入欄)									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入見本

軽自動車税(種別割)減免申請書

(あく先)

令和 年 月 日

枚方市長

納税義務者	住所 (所在地)	枚方市 大垣内町2丁目1-20
	氏名 (名称)	枚方 きらい
	個人(法人)番号	個人番号(マイナンバー)をご記入ください
	電話番号	(072) 841 - 1352
	身体障害者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
	代表者氏名	※ 構造減免に関する項目は、記入しないでください
	主たる事業	※ 構造減免に関する項目は、記入しないでください

※は構造減免で申請される方のみご記入ください。

枚方市税条例第 96 条又は第 97 条の規定により、次のとおり申請します。

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 身体障害者等に係る減免……裏面もご記入ください <input type="checkbox"/> 2. 構造減免(身体障害者等の運搬用に係るもの) <input type="checkbox"/> 3. その他()		
減免を受けようとする 年度・税額	年度	令和 3 年度	納税通知書に記載されている「税額」をご記入下さい
	税額	円	
減免を受けようとする 軽自動車等	所有者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> その他()
		氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> その他()
	主たる定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 住所に同じ <input type="checkbox"/> その他()	
	種別	<input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> 軽四貨物 <input checked="" type="checkbox"/> 軽四乗用 <input type="checkbox"/> その他()	
	標識番号 又は 車両番号	ナンバープレートの番号をご記入ください	
	構造 減免	特別の仕様又は 構造変更の内容	※ 構造減免に関する項目は、記入しないでください
用途 (専ら身体障害者等の ために使用するもの であること等)		※ 構造減免に関する項目は、記入しないでください (<input type="checkbox"/> 別紙のとおり)	

※は構造減免で申請される方のみご記入ください。

担当者	車両コード	データ入力日	手帳記載

申請理由欄の「1. 身体障害者等に係る減免」にをされた方は、下記の項目についてもご記入ください。

〔1〕 身体障害者等（身体障害者手帳等をもとに記入してください。）

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 枚方 ひらい ）
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 12 年 3 月 4 日（ 20 歳）
障害の区分	<input type="checkbox"/> （視覚・聴覚）障害 <input type="checkbox"/> （平衡・音声・言語・そしゃく）機能障害 <input type="checkbox"/> （上肢・下肢・体幹）機能障害 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害 <input type="checkbox"/> （心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓）機能障害 <input type="checkbox"/> HIVによる免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害
障害の程度	級（項症・款症）
手帳等の区分	<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"/> 精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療の受給者証（精神通院医療に限る） <input type="checkbox"/> その他（ ）
手帳等の番号	<input type="checkbox"/> 大阪府 <input type="checkbox"/> 枚方市 第 号 <input type="checkbox"/> その他（ ）
交付年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

〔2〕 運転者（運転免許証をもとに記入してください。）

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）
身体障害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
免許証番号	第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号
交付年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
免許の有効期限	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで有効
免許の種類	<input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他（ ）
免許の条件	<input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> オートマチック車に限る <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請対象軽自動車等の用途	<input checked="" type="checkbox"/> 通院のため <input type="checkbox"/> 施設への送迎 <input type="checkbox"/> その他（ ）