



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 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 type="checkbox"/> その他（ ）	※枚方市記入欄（管理番号）
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日（ 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 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 type="checkbox"/> その他（ ）	
身体障害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input 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	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	専ら上記の身体障害者等の日常生活（通院、通所等）のため	