

愛知県江南市長

軽自動車税(種別割)減免申請書

江南市市税条例 第80条第1項 第81条第1項 の規定に基づき、下記のとおり軽自動車税(種別割)の減免を申請します。

◆減免の申請者

納税義務者	住所 (所在地)	<input checked="" type="checkbox"/> 江南市 赤童子町大堀90番地	電話番号	(090) 〇〇〇〇 - △△△△
	氏名 (名称)	江南 太郎	個人番号 (法人番号)	マイナンバーは記入不要です

車両の所有者についてご記入ください。

所有者は、障害者ご本人に限り
ます。(ただし、年齢18歳未
満の身体障害者又は知的障害
者若しくは精神障害者の場合
は、その方と生計を一にする
方を含みます。)

◆減免を申請する理由(減免申請の種類)

1. 障害者等 2. 構造 3. 公益車両 4. 生活保護

◆減免を受ける軽自動車等

車両情報	種別 及び用途	<input checked="" type="checkbox"/> 軽自動車(二輪/四輪(乗用・貨物・特殊・その他)) <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 二輪の小型自動車 <input type="checkbox"/> 小型特殊自動車(農耕用・その他)		総排気量 又は定格出力	650 CC kW
	車両番号 (標識番号)	尾張小牧 581 あ 1234	形式	〇〇-〇〇〇	形状 <input checked="" type="checkbox"/> 箱型 <input type="checkbox"/> バン <input type="checkbox"/> 車いす移動車 <input type="checkbox"/> その他()
	登録 年月日	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	原動機 型式	△△△	使用目的 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> その他()
	定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他()			

車検証に記載されている内容
をご記入ください。

※登録年月日は車検証の交付年
月日です。

※使用目的欄は主なものを選択
してください。

◆障害者等に係る情報等

障害者等	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ		生年月日 大昭和 50年 4月 3日
	障害者手帳 等の番号	<input checked="" type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 再愛知県 <input type="checkbox"/> 愛一宮児 () 第 12345678 号		手帳の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神保健 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 戦傷病
	障害等の区 分及び等級 (程度)	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声機能 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 脳病変による運動機能(上肢機能/移動機能) <input checked="" type="checkbox"/> 心臓機能 <input type="checkbox"/> じん臓機能 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能 <input type="checkbox"/> 小腸の機能 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸の機能 <input type="checkbox"/> 免疫機能 <input type="checkbox"/> 肝臓の機能 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害		1 級 手帳の交付 年月日 昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日
運転者	住所 (所在地)	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者等に同じ		障害者等との 関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外 (続柄 妻)
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者等に同じ 江南 花子		

手帳に記載されている内容をご
記入ください。

障害等の区分により、減免が適
用される等級が異なります。

運転者についてご記入ください。

障害等の区分及び等級により、
本人運転に限り減免が適用され
る場合や、生計を一にする方の
運転に限り減免が適用される場
合など、要件が異なります。

減免が適用されるのは、**障害者
1人につき、1台の軽自動車等
に限り**ます。

すでに、普通自動車で減免を受
けている場合は、軽自動車につ
いては、減免されませんのでご
注意ください。

今回減免申請する車両以外に、自動車税(種別割)・軽自動車税(種別割)の減免
を受けていますか。

受けている ☒受けていない