

様式第2号 (第5条関係)

(表)

受付印

守谷市軽自動車税減免申請書(身体障害者等に係るもの)
 守谷市長 宛て 年 月 日提出

納税義務者	住所	(〒 -)											
	氏名	(ふりがな)					標識番号 (車両番号)	土浦・つくば 守谷(市・町)					
	個人番号												
	連絡先	電話	() -					車台番号	種別 1 軽四輪 2 二輪				
		年齢	歳										
障害者との関係	1 本人 2 身体障害者と生計を一つにする者 3 精神障害者と生計を一つにする者												
障害者の使用目的	1 通学 2 通院 3 通所 4 生業(自営, 通勤) (生業の内容)					通学・通院・通所・勤務先							

塗りつぶし部分を記入してください。

障害者	住所											
	氏名	(ふりがな)					生年月日	年 月 日				
		年齢	満 歳									
	手帳の種類	1 身体障害者手帳 番号 第 号					交付年月日	年 月 日				
		2 戦傷病者手帳 番号 第 号										
3 療育手帳 番号 第 号					障害名							
4 精神障害者保健福祉手帳 番号 第 号 ※併せて提示することが必要である書類((1)から(3)までのいずれか) (1) 自立支援医療受給者証(精神通院) 番号 第 号 (2) 医療福祉費受給者証 番号 第 号 (3) 障害の治療のための通院の事実を証する書面					等級	級						
					総合等級	級						

運転する者	住所												
	氏名	(ふりがな)					運転免許証	番号					
								交付年月日	年 月 日				
								有効期限	年 月 日				
障害者との関係					免許の種類	中型・その他()							
					免許の条件								

(裏)

一時帰宅等証明書

証 明 書	障 害 者 と 生 計 を 一 に す る 者 が 福 祉 施 設 に 入 所 し て い る 障 害 者 の 一 時 帰 宅 等 の た め 運 転 す る 場 合	福祉施設	所在地
			名 称
		障害者	住 所
			氏 名
		使用目的	・一時帰宅 ・通院（医療機関名） ・その他（詳細）
		運転者	住 所
	氏 名		
		年 月 日付	けで軽自動車税の減免を受けるため証明願の あったことについて、上記運転者は、上記障害者のために週に1度（又 は月に4度）以上自動車を運転する必要があることを証明する。
			年 月 日
		福祉施設証明欄	
			印

(減免申請に当たっての注意事項)

- 1 減免の対象となる軽自動車等は、**障害者1人につきその方のために使用する1台**に限られます。(自動車税の減免を受けている場合は、申請することができません。)
- 2 この申請書は、軽自動車税の**納期限まで**に提出してください。
- 3 この申請書を提出する際には、身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（精神障害者保健福祉手帳にあっては、併せて自立支援医療受給者証（精神通院）、医療福祉費受給者証又はその障害の治療のための通院の事実を証する書面が必要となります。）及び運転免許証を提示してください。(身体障害者手帳等の交付日が納税義務の発生した日以後である場合には減免の対象となりません。)
- 4 申請に係る軽自動車等が、障害者と生計を一にする方が福祉施設に入所している障害者の一時帰宅、通院等のために使用されるものである場合は、当該福祉施設の管理者から上記**一時帰宅等証明**を受けてから申請を行ってください。(証明を受けられない場合には、減免の対象となりません。)