

軽自動車税(種別割)減免申請書(身体障害者等用)							
品川区長宛							年 月 日
住所 _____							
納税義務者 氏名 _____ 電話 _____							
下記のとおり減免について申請します。							
年度		期別		納付書 番号		税額	円
車両番号又は標識番号				個人番号 (マイナンバー)			
1. 身体障害者手帳 2. 戦傷病者手帳 3. 愛の手帳 療育手帳 4. 精神障害者保 健福祉手帳 5. その他 ()	住所						
	氏名					納税義務者との関係	
	生年月日	年 月 日					
	番号			交付年月日	年 月 日		
	障害名			障害等級又は 障害の程度	種 級・ 総合判定 度・	項 症 款 症	
運転免許証	住所						
	氏名					身体障害者等との関係	
	番号						
	交付年月日			年 月 日	種 類		
	有効期限			年 月 日	条 件		
主たる定置場所	品川区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号						
使用目的	1. 通院 週 _____ 回 病院名 _____						
	2. 通勤 勤務先 所在地 _____						
	名 称 _____ 電話 _____						
	3. 通学 学校名 _____						
4. その他(詳しく記入してください)							
							収 受

* 身体障害者手帳等と運転免許証を呈示してください。