令和　　年度　　　　　　　　　　　　　　北中城村税減免申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

沖縄県中頭郡北中城村長　　様

　　住所（所在地）

申請者　　氏名（名　称）

　電話番号

下記のとおり軽自動車税の減免を受けたいので、北中城村税条例（第89条・第90条）の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 減免申請の種類 | | | １．公益専用車両　　　２．構造（身体障害者等の利用に供する）　　３．身体障害者等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を受ける者  （納税義務者） | 住所  又は所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名  又は名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  又は法人番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | 身体障害者等  との関係 | |  | |
| 減免を申請する  軽自動車等 | 車両番号  又は標識番号 | |  | | | | | | | | | | | | | 種別・用途 | | | |  | | | |
| 主たる定置場 | | 1. 納税義務者の住所に同じ　　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （申請の種類が「１．公益専用」又は「２．構造」の場合は「税額」「型式」「総排気量又は定格出力」「形状」をご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 税額 |  | | | | 型式 | | |  | | | | | | 総排気量  又は定格出力 | | | | |  | 形状 | |  |

※申請の種類が「３．身体障害者等」の場合のみ以下をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 車両の使用目的 | | 1. 通院　２．通学（通園・通所）　３．施設等からの帰省（帰宅）　４．生業（仕事）　５．その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 運転  する者 | 氏名 |  | | | | | | | 身体障害者等  との関係 | | |  |
| 住所 | １．納税義務者の住所に同じ　　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 運転  免許証 | 番号 | 第  号 | | | 種類 |  | | | 条件 | |  | |
| 交付  年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | 有効  期限 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 身体  障害者等 | 氏名 |  | | | | | | | 年齢 | |  | |
| 住所 | １．納税義務者の住所に同じ　　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 手帳 | 番号 | 号 | | | 交付年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 障害名・障害の程度（等級）  ※該当するものに○、括弧内に必要事項を記入してください。 | | | | 再交付（更新）  年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 身体障害者・戦傷病者  ※障害の程度・等級を記入 | 視覚障害　　　（　　　　　）級 | | 聴覚障害　　　（　　　　　）級 | | | | | | 平衡機能障害　（　　　　　）級 | | |
| 音声機能障害　（　　　　　）級 | | 上肢不自由　　（　　　　　）級 | | | | | | 下肢不自由　　（　　　　　）級 | | |
| 体幹不自由　　（　　　　　）級 | | 乳幼児期以前の非進行性の  脳病変による運動機能障害 | | | | | | 上肢　　　　　（　　　　　）級 | | |
| 心臓機能障害　（　　　　　）級 | | 移動　　　　　（　　　　　）級 | | |
| じん臓機能障害（　　　　　）級 | | 呼吸器機能障害（　　　　　）級 | | | | | | 小腸の機能障害（　　　　　）級 | | |
| ぼうこう又は  直腸の機能障害　（　　　　　）級 | | ヒト免疫不全ウイルス  による免疫機能障害（　　　　　）級 | | | | | | 肝臓機能の障害（　　　　　）級 | | |
| 知的  障害者 | 療育手帳　　　　Ａ１　　・　　Ａ２ 　　※障害の程度を○で囲む | | | | | | | | | | |
| 精神  障害者 | 精神障害者保健福祉手帳　１級 | 通院医療費の公費負担番号  ※自立支援医療受給者番号を記入（　　　　　　　　　　　　）号 | | | | | | | | | |

※税務課使用欄（何も記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人  確認 | □マイナンバーカード | □通知カード　　□住民票（番号あり） | 受付 | 新規・継続 | 本人以外証明書等 | 受付番号 | 決定番号 |
| □運転免許証　　□パスポート　　□身体障害者手帳等　　□在留カード等 | | □新規 | □本人（不要）  □添付あり |  |  |
| □各種健康保険証　　□住民票等　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | □新規（変更） |
| 備考 |  | | □継続 | 資料No |