

令和 年度

村税減免申請書

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			
(納税義務者) 減免を受ける者	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
軽自動車等 減免を申請する	車両番号 又は標識番号		種別・用途	
	主たる定置場	1. 納税義務者の住所と同じ 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 ()				
運送者転	氏名		身体障害者等 との関係		
	住所	1. 納税義務者の住所と同じ 2. その他 ()			
免許証転	番号	第 _____ 号	種類	条件	
	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	
障害者等 身体	氏名		年齢		
	住所	1. 納税義務者の住所と同じ 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	
	※障害の程度・等級を記入 身体障害者・戦傷病者	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	呼吸器機能障害 () 級		移動 () 級
		じん臓機能障害 () 級	ヒト免疫不全ウイルス による免疫機能障害 () 級		小腸の機能障害 () 級
	ぼうこう又は 直腸の機能障害 () 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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等		<input type="checkbox"/> 在留カード等	<input type="checkbox"/> 新規		
備考	<input type="checkbox"/> 各種健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 新規 (変更)	<input type="checkbox"/> 添付あり			
				<input type="checkbox"/> 継続	資料 No			