

減免申請書

令和 年 月 日

開 成 町 長 様

申請者（法人にあっては、事務所等の所在地、名称及び代表者氏名、法人番号）

住 所 開成町延沢〇〇〇番地

氏 名 〇〇 〇〇

電話番号 (0465)〇〇－〇〇〇〇

個人番号(法人番号)

次のとおり減免して下さるよう申請します。

年度	令和2年度	税目	軽自動車税	期別	全期分	税額	〇〇,〇〇〇円
減免を受けようとする理由	身体障害者等住所	開成町延沢〇〇〇番地					
	身体障害者等氏名、年齢及び続柄	△△ △△				年齢 続柄	〇〇才 〇
	身体障害者手帳又は療育手帳の番号	〇〇〇〇〇〇				交付年月日	平成・令和 年 月 日
	障害名及び障害の等級(程度)	((例)心肺機能障害)				等級	〇種 〇級
	運転免許証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				交付年月日	平成・令和 年 月 日
	標識番号及び車両の種別	湘南(相模)●●●△ □□□□				車両種別	軽四輪 乗用、貨物
	車体番号及び排気量	△△△△－〇〇〇〇〇〇〇				排気量	650 cc
	用途及び使用目的	((例)通院)					
	備 考						