

身体障害者等に係る軽自動車税減免申請書

平成 年 月 日

富士吉田市長 様

申請者 住 所 富士吉田市

氏 名 印

個人番号

電話番号

下記のとおり軽自動車税の減免申請をいたします。

障害者等の氏名	住所 富士吉田市			
	氏名	年齢		
身体障害者手帳	番 号		交付年月日	年 月 日
身体障害等の状況	箇 所		等 級	級
軽自動車等を 運転する者	住所 富士吉田市 氏名 [身体障害者等との関係 ()]			
主たる定置場の位置				
運 転 免 許 証	番 号	第 号		
	交付年月日	平成	年	月 日
	有効期限	平成	年	月 日
	免許の条件	<input type="checkbox"/> 中型車は中型車(8t)に限る <input type="checkbox"/> 眼鏡等		
軽 自 動 車 の 状 況				
車 両 番 号				
種 別		用 途		
使 用 目 的				
備 考				

※ 車検証の写し、運転免許証の写し、障害手帳等の写し、生計同一・常時介護証明書（家族運転の場合）等を添付してください。