

受付印

## 軽自動車税(種別割)減免申請(申告)書

令和 年 月 日

北九州市長様

申請者  
(納税義務者等との  
続柄 : )

住所

氏名

(電話 )

下記の車両について減免していただきたいと申請(申告)します。

該当する□にレ点を入れてください。

令和 年度	定期 隨時	税額 (減免を受けようとする税額) 円	車両番号 (標識番号)	用途 <input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用
個人番号			車台番号	
納税義務者の住所 (□申請者住所に同じ)	氏名 (□申請者氏名に同じ)			身体障害者等との続柄
運転者の住所 (□申請者住所に同じ)	氏名 (□申請者氏名に同じ)			身体障害者等との続柄
身体障害者等の住所 (□申請者住所に同じ)	氏名 (□申請者氏名に同じ)			識別番号(職員記入) 年 月 日生
手帳の番号	第 号	手帳の交付年月日	年 月 日	運転免許証の番号
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳			
障害名	<input type="checkbox"/> 肢体不自由(□上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 喉頭摘出による音声機能障害 <input type="checkbox"/> 膀胱機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害(□上肢機能 <input type="checkbox"/> 移動機能) <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害(1級のみ)			障害等級 (程度) 級
その他・減免対象車両に関する事項	主たる定置場、種別、原動機の型式、総排気量(定格出力)、形状は軽自動車税(種別割)申告書のとおり			
備考				

- 注 1. この申請書(申告)は、軽自動車税(種別割)の納期限までに提出してください。  
 2. 申請(申告)の際には、必ず次のものを提出してください。  
   (1)身体障害者手帳(戦傷病者手帳)、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳  
   (2)減免対象軽自動車等を運転する身体障害者等の運転免許証  
 3. 身体障害者等以外の理由で減免を受けようとする場合は、備考欄にその理由を記入するとともに、それを証明する書類を提出してください。

※下の欄は記入しないでください。

起案	年 月 日	担当者	係長	課長	受付チェック欄		
決裁	年 月 日				<input type="checkbox"/> 申請書	<input type="checkbox"/> 受付者印	
処理欄	次のとおり処理してよろしいか 1 適用 (北九州市市税条例施行規則第8条第1項第 号に該当する。) (適用年月日 年 月 日) 2 否認 (理由: )					<input type="checkbox"/> 添付書類	<input type="checkbox"/>
審査チェック欄	<input type="checkbox"/> 書類確認	<input type="checkbox"/> 所有形態	<input type="checkbox"/> 重複確認	<input type="checkbox"/> リスト記入	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 入力確認	