

軽自動車税(種別割)減免申請書

(宛先) 鎌倉市長

左記と同一

(納税義務者)

(申請者)

住所 _____

住所 _____

氏名 _____

氏名 _____

電話番号 _____

電話番号 _____

鎌倉市市税条例第 50 条の規定により、下記のとおり軽自動車税 (種別割) の減免を申請します。

申請する車両について			
年度	年度	車両 (標識) 番号	次回の車検は、 _____年 _____月の予定です。
税額	円	通知書番号	

以下、現況についてご記入ください。		確認事項	
使用目的	通院・介護 等	左記現況欄に記入のうえ、次の項目の該当する番号に○をつけてください。 ① 前年度、軽自動車税(種別割)の減免を 1 受けませんでした。 2 受けました。 ② 【①で「2」と回答した方】 前年度に減免を受けた際の状況と左記の現況には、 1 変更がありません。 2 変更があります。 ⇒ <u>変更がない場合でも、</u> <u>下記必要書類を併せて</u> <u>提示してください。</u> ③ 本車両のほかに、減免申請をする軽自動車等及び普通自動車は、 1 ありません。 2 あります。 ※ 減免を受けられるのは、普通自動車を含めて1台に限られます。	
障害者	氏名 () 納税義務者との関係 ()		
主たる運転者	氏名 () 納税義務者との関係 ()		
障害名・等級 (当てはまるものに○をつける)	視 覚		1・2・3・4 級
	聴 覚		2・3 級
	平衡機能		3・5 級
	上 肢		1・2 級
	下 肢		1・2・3・4・ 5・6・7 級
	体 幹		1・2・3・5 級
	心臓機能		1・3・4 級
	じん臓機能		1・3・4 級
	呼吸器機能		1・3・4 級
	ぼうこう又は直腸の機能		1・3・4 級
	小腸の機能		1・3・4 級
	音声機能又は言語機能		3 級
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能		1・2・3・4 級
	肝臓機能		1・2・3・4 級
	精神障害		1 級
療育手帳	A1・A2		
その他 ()	()		
必要書類	・身体障害者手帳／精神障害者保健福祉手帳／療育手帳／戦傷病者手帳 ・自動車検査証(車検証)／標識交付証明書 ・主に運転する人の運転免許証	・納税通知書 ・減免申請書	
備考欄			

次年度以降についても、申請車両に係る減免を希望します。その場合、減免の可否を審査するために市が必要な調査を行うことに同意します。

(同意いただけない場合は、毎年申請が必要となります。)