

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ○ </div> 受付印	申 請 者 (納税義務者)	住所				
		氏名	(ふりがな)	障害者 との続柄		
		生年月日	大・昭・平	年	月	日
		電話番号	— —			

自動車税減免申請書 (長崎県税条例第66条第1項第3号、第66条第2項第4号)

身体障害者等 (手帳保有者)	住所				
	氏名	(ふりがな)	(生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日)		
手帳の種類等	手帳番号	障害の 程 度	手帳の障害名 (障害の内容をすべて記入してください)		
1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 戦傷病者手帳 4 精神障害者 保健福祉手帳		級			
			手帳交付年月日	再認定(有・無) 年 月 日	
	年 月 日	※手帳に記載されているとおりに記入してください。			
運 転 者 及 び	氏 名	障害者との続柄	運転免許の有効期限	免許の種類	
	(ふりがな)		年 月 日	普通・中型・大型 その他 ()	
運 転 免 許 の 内 容	免 許 の 条 件 等	<small>〔車両総重量・オートマチック 限定・改造車両限定等 自動車に関するもののみ記入〕</small>			
申 請 理 由 及 び 使 用 目 的 該当する項目を○で 囲んでください。	1. 本人運転	(1) 本人所有 (2) 家族所有	学校・施設・病院・会社名等		
	2. 家族運転	(1) 本人所有 (2) 家族所有			
	3. 介護者運転	(1) 本人所有	使用目的 アイ ウ エ オ 通学 通所 通院 生業 帰宅	(使用回数：1ヶ月平均 回)	
減 免 を 受 け よ う と する 自 動 車	自動車登録番号	車 名	型 式	車 台 番 号	
	所 有 者	住所			
		氏名	障害者 との続柄		
	使 用 者	住所			
氏名		障害者 との続柄			
減 免 を 受 け よ う と する 税 額	種別割額		環境性能割額		
家族の中で他に減免を 受けている自動車	有 ・ 無	※有の場合は登録番号			
※車の買い替え、使用目的の変 更、継続の際、住基ネット で住所を確認する場合の申請	申請者、障害者、運転者は同じ住所に居住しており、その事実を住基ネットにより確認することを 全員が希望します。 申請者 (代表)				
(備考)					
※ここから下は記入しないでください。					
既に減免を受けて いる 自 動 車	自動車登録番号又は車両番号	環境性能割 (取得税) 減免の有無	取 得 年 月 日	左記の自動車の登録等の状況	
		有 ・ 無	年 月 日		
(摘要)	本人・家族・介護	手 帳 及 び	確認者	確認年月日	年 月 日確認
	新規・継続	運転免許証確認		減免の可否	種 別 割
	普通・軽	年 月 日			環 境 性 能 割
					可 ・ 否 可 ・ 否

備考 この様式は、軽自動車税環境性能割の減免申請をする場合に準用することとする。この場合において、「自動車税減免申請書 (長崎県税条例第66条第1項第3号、第66条第2項第4号)」とあるのは「軽自動車税環境性能割減免申請書」と、「自動車登録番号」とあるのは「車両番号」と読み替えるものとする。

様式 1

通学・通所証明願

年 月 日

申請者（身体障害者等）

住所

氏名

「身体障害者等に対する自動車税・軽自動車税環境性能割の減免」の申請に必要なため、
次のことに関する証明をお願いします。

(枠内は漏れなく記入をお願いします。)

証 明 書	
1 (身体障害者等) 氏 名	2 生 年 月 日
	M・T・S・H・R 年 月 日
3 通学の場合は学年	第 学 年
4 通学・通所を要する期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (注1)
5 通学・通所日数	一ヶ月平均 日
6 通学(所)手段	自 家 用 車
7 その他(特記事項)	
上記のとおり通学・通所していることを証明する。 年 月 日 住所又は所在地 学校又は施設名 代表者氏名 印	

備 考 1 「身体障害者等に対する自動車税の減免」は長崎県税条例によるものです。(軽自動車税環境性能割については各市町条例による。)

2 この証明書は、当該減免事由の内容を確認するため必要とするものです。

3 施設等が送迎している場合は証明しないでください。

(注1) 通学の場合は、卒業までの期間を記入してください。

通所で終期が未定の場合は、始期のみを記入してください。

長 崎 県

通院証明願

年 月 日

申請者（身体障害者等）

住所

氏名

「身体障害者等に対する自動車税・軽自動車税環境性能割の減免」の申請に必要なため、次のことに関する証明をお願いします。

（枠内は漏れなく記入をお願いします。）

証 明 書	
1 (身体障害者等) 氏 名	2 生 年 月 日
	M・T・S・H・R 年 月 日
3 病 名	
4 受 診 期 間 ※実績を記載してください。	年 月 日 ~ 年 月 日
5 通 院 日 数	一ヶ月平均 日
6 通 院 手 段	自 家 用 車
7 備 考	
<p>上記内容に相違なく、今後とも通院加療を要することを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所又は所在地</p> <p>病 院 名</p> <p>代 表 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

- 備 考 1 「身体障害者等に対する自動車税の減免」は長崎県税条例によるものです。（軽自動車税環境性能割については各市町条例による。）
- 2 この証明書は、当該減免事由の内容を確認するため必要とするものです。
- 3 投薬のみ、往診や施設等が送迎しているような場合は証明しないでください。

帰宅証明願

年 月 日

申請者（身体障害者等）

住所

氏名

「身体障害者等に対する自動車税・軽自動車税環境性能割の減免」の申請に必要なため、次のことに関する証明をお願いします。

（以下の枠内は、証明をされる学校・病院・施設において全て記入をお願いします。）

証 明 書						
1 （身体障害者等）氏 名	2 生 年 月 日					
			M・T・S・H・R 年 月 日			
3 入所（入寮・入院）期間 ※実績を記載してください。	年 月 日 ～ 年 月 日					
4 帰宅実績回数 （入所・入院後間もない場合等で、実績がない場合は下記「5」の帰宅予定回数のみご記入ください。）	「3」のうち直近一年間の帰宅実績を記入してください。 各月の帰宅実績の有無のいずれかを○で囲み、有りの場合は（ ）に帰宅宿泊の回数を記入してください。 例：8月13日～15日まで帰宅。「連泊」の場合は帰宅回数1回。（送迎であわせて1回と数える。）					
	1月	有()・無	5月	有()・無	9月	有()・無
	2月	有()・無	6月	有()・無	10月	有()・無
	3月	有()・無	7月	有()・無	11月	有()・無
	4月	有()・無	8月	有()・無	12月	有()・無
5 帰宅予定回数 （外出のみは除きます。）	一ヶ月平均 回 （今後一年間の予定でご記入をお願いします。「4」の帰宅実績、「5」の帰宅予定については別途お電話等にて確認させていただく場合があります。）					
6 帰宅手段	自家用車 （「外出のみ」や「施設の送迎がある場合」は、減免対象外です。）					
7 備 考	上記内容に相違なく、今後とも帰宅する予定があることを証明します。 年 月 日 住所又は所在地 学校（病院・施設）名 代表者氏名 印					

- 備 考 1 「身体障害者等に対する自動車税の減免」は長崎県税条例によるものです。（軽自動車税環境性能割については各市町条例による。）
- 2 この証明書は、当該減免事由の内容（年間を通じて月1回以上帰宅に使用する見込みがあること）を確認するため必要とするものです。
- 3 「外出のみ」や「施設の送迎がある場合」は、減免対象外ですので証明しないでください。