

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 受付印 </div> 年 月 日 長 あて	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		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 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	手帳交付年月日 年 月 日	級			
2 療育手帳					
3 戦傷病者手帳					
4 精神障害者 保健福祉手帳			再認定(有・無)	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	生 年 月 日	年 月 日			
	免 許 の 条 件 等	(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)			
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	使用 目的 ア 通学 イ 通院 ウ 通院 エ 生業 オ 帰宅	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		(使用回数：1ヶ月平均 回)	
	3. 介護者運転	(1) 本人所有			
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	税 額	計 算 欄			
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、住基ネットでは 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住居しており、その事実を住基ネットにより確認することを 申請者 (代表) 全員が希望します。				
(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		取得年月日	左記の自動車の登録等の状況	
			年 月 日		
(摘要)	本人・家族・介護	手 帳 及 び 運 転 免 許 証 確 認	確 認 者	確認年月日	年 月 日 確認
	新規・継続				
	普通・軽	年 月 日			

備考