

| | | | | | |
|---|----------------|------|--------------------|---------|---|
| <div>毎年4月1日(午前0時)現在で自動車を所有している者、ただし、割賦販売契約により購入した場合で所有権を売主が留保している場合には、買主である使用者。</div> | 申請者 (納税義務者) | 住所 | 長崎市尾上町3-1 アパートA205 | | |
| | | 氏名 | (ふりがな けんぜい たらう) | 障害者との続柄 | 父 |
| | | 生年月日 | 大・ <u>昭</u> ・平 | 48年1月1日 | |
| | | 電話番号 | 0957 24 1111 | | |

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) <div>手帳保有者を記入してください。</div> | 住所 | 同上 | | | | |
| | 氏名 | (ふりがな けんぜい はなこ) 県 税 花 子 (生年月日 明・大・ <u>昭</u> (平) 令 13年1月1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 | 01260 | 1級 | 心臓機能障害(1級) | | | |
| 2 療育手帳 | | | | | | |
| 3 戦傷病者 | | | | | | |
| 4 精神障害者 保健福祉手帳 | 手帳交付年月日 平成19年11月1日 | | 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 <div>主に運転される方の氏名等を記入してください。</div> | 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 けんぜい みちこ) 県 税 道 子 | 母 | 令和 8年 11月 1日 | 普通 <u>中型</u> ・大型 その他() | | |
| 運 転 免 許 の 内 容 | | 免 許 の 条 件 等 | 中型車は中型(8t)に限る | | | |
| | | [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 アイ ウ エ オ 通学 通所 通院 生業 帰宅 学校・施設・病院・会社名等 長崎中央病院 (使用回数: 1ヶ月平均 2 回) | | | |
| | 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 | | | | |
| 減 免 を 受 け よ う と する 自 動 車 <div>車検証に記載してある おりに記入してください。</div> | 自動車登録番号 | 車 名 | 型 式 | 車 台 番 号 | | |
| | 長崎 300 ん 1234 | トヨタ | DAA-ZWR80 | ZWR80-0123456 | | |
| | 所 有 者 | 住所 | 同 上 | | | |
| | | 氏名 | 県 税 太 郎 | 障害者との続柄 | 父 | |
| 使 用 者 | 住所 | 同 上 | | | | |
| | 氏名 | 県 税 太 郎 | 障害者との続柄 | 父 | | |
| 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 ・ <u>無</u> | | 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 | 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 | | | 減免の可否 | 種 別 割 環 境 性 能 割 | 可 ・ 否 可 ・ 否 |
| | 普通・軽 | 年 月 日 | | | | |

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。

通学・通所証明願

証明願を依頼した日をご記入
ください。

令和 6 年 4月11日

申請者（身体障害者等）

手帳保有者の方の住所と氏名
を記入してください。

住所 長崎市尾上町3 - 1 アパートA205

氏名 県 税 花 子

「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。

ここから下の証明書は、通学先 通所先に記入してもらってください。

（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 |
| 県 税 花 子 | M・T・S・ (H) ・R 18年 1月 1日 |
| 3 通学の場合は学年 | 第 3 学 年 |
| 4 通 学 ・ 通 所 を 要する期間 | 令和 4年 4月 1日 ~令和 7年 3月 31日 （注1） |
| 5 通 学 ・ 通 所 日 数 | 1 ヶ月平均 20 日 |
| 6 通 学（所）手 段 | |
| 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。 令和6年 4月12日 住所又は所在地 長崎市万才町3 - 17 学校又は施設名 長崎中央小学校 代 表 者 氏 名 校 長 長 崎 太 郎 | |

長崎中
央小校
長印

- 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。

通 院 証 明 願

令和 6 年 4月11日

申請者（身体障害者等）

手帳保有者の方の住所と氏名
を記入してください。

住所 長崎市尾上町3 - 1 アパートA205

氏名 県 税 次 子

「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。

ここから下の証明書は、通院先に記入してもらってください。

（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 |
| 県 税 次 子 | M・T・S・H R 18年 1月 1日 |
| 3 病 名 | 虚血性心疾患 |
| 4 受 診 期 間 実績を記載してください。 | 平成 20 年 12 月 1 日 ~ 令和 6 年 4 月 10 日 |
| 5 通 院 日 数 | 1 ヶ月平均 3 日 |
| 6 通 院 手 段 | 自 家 用 車 |
| 7 備 考 | |
| 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。 | |
| 令和 6 年 4月12日 | |
| 住所又は所在地 諫早市永昌東町25 - 8 | |
| 病 院 名 諫早中央病院 | |
| 代 表 者 氏 名 諫 早 太 郎 | |
| 印 諫 早 | |
| 主治医の方の証明でも構いません。 | |

- 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。

長 崎 県

帰 宅 証 明 願

令和 6 年 4 月 11 日

申請者（身体障害者等）

手帳保有者の方の住所と氏名
を記入してください。

住所 長崎市尾上町3-1 アパートA205

氏名 県 税 亜 子

「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。

ここから下の証明書(青文字部分)は、入院・入所されている、病院・施設に記入していただく欄です。

証 明 書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|----------|-----|----------|----|----------|----|----------|----|----------|-----|----------|----|----------|----|----------|-----|----------|----|----------|----|----------|-----|----------|
| 1 (身体障害者等) 氏 名 | 2 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県税 亜子 | M・T・S・H・R 20 年 4 月 2 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 入所(入寮・入院)期間 実績を記載してください。 | 平成 25 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 4 月 11 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。) | <p>「3」のうち直近一年間の帰宅実績を記入してください。</p> <p>各月の帰宅実績の有無のいずれかを該当する方を 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。</p> <p>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。)</p> <table><tr><td>1月</td><td>有(4)・無</td><td>5月</td><td>有(4)・無</td><td>9月</td><td>有(4)・無</td></tr><tr><td>2月</td><td>有(4)・無</td><td>6月</td><td>有(4)・無</td><td>10月</td><td>有(4)・無</td></tr><tr><td>3月</td><td>有(4)・無</td><td>7月</td><td>有(4)・無</td><td>11月</td><td>有(4)・無</td></tr><tr><td>4月</td><td>有(4)・無</td><td>8月</td><td>有(1)・無</td><td>12月</td><td>有(3)・無</td></tr></table> | 1月 | 有(4)・無 | 5月 | 有(4)・無 | 9月 | 有(4)・無 | 2月 | 有(4)・無 | 6月 | 有(4)・無 | 10月 | 有(4)・無 | 3月 | 有(4)・無 | 7月 | 有(4)・無 | 11月 | 有(4)・無 | 4月 | 有(4)・無 | 8月 | 有(1)・無 | 12月 | 有(3)・無 |
| 1月 | 有(4)・無 | 5月 | 有(4)・無 | 9月 | 有(4)・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2月 | 有(4)・無 | 6月 | 有(4)・無 | 10月 | 有(4)・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3月 | 有(4)・無 | 7月 | 有(4)・無 | 11月 | 有(4)・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4月 | 有(4)・無 | 8月 | 有(1)・無 | 12月 | 有(3)・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 帰 宅 予 定 回 数 (外出のみは除きます。) | 一ヶ月平均 3 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 6 年 4 月 12 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所又は所在地 佐世保市木場田町 3-25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校(病院・施設)名 | ながさき学園 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代 表 者 氏 名 | 施設長 長崎 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ながさき 学園施設 長印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

帰宅実績は、帰宅に際して障害者の方が
「自家用車を利用した回数」であり、自宅
に在宅した日数ではありません。
「送迎であわせて1回」と数えます。

- 備 考 1 「身体障害者等に対する自動車税の減免」は長崎県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。