101号様式その２（身体障害者等用）

# 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　軽自動車税（種別割）減免申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　（宛先）富士市長　小長井　義正

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住（居）所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（納税義務者）　 氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 　　　　　－　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　次のとおり軽自動車税（種別割）の減免を受けたいので、富士市税条例第98条第２項及び第３項の規定により申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 令和　　　　　年度 | 税　額 | 円 |
| 身体障害者等 | 住（居）所 | □申請者と同じ |  |
| 氏　名 | □申請者と同じ |  | 年齢 | 　　　　　　歳 |
| 1身体障害者手帳2戦傷病者手帳3療育手帳4精神障害者　　保健福祉手帳 | 番　号 | 交付年月日 |
|  | 昭・平・令　　年　　月　　日(　　　 　　年　　　月　　　日再交付) |
| 障害名 | 障害の等級（程度） |
| □裏面記載 | □裏面記載 |
| 運転者 | 住（居）所 | □申請者と同じ |  |
| 氏　名 | □ |  |
| 身体障害者等との関係 | □本人　　□配偶者　　□子申請者と同じ□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | 運転免許証の種類 |
|  |
| 軽自動車等 | 所有者 | 住(居)所 | □申請者と同じ申請者と同じ |  |
| 氏　名 | □ |  |
| 種別 | □ 軽四・乗用　　　□ 軽四・貨物□ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） | 用途及び使用目的 | □ 通院　　□通勤□ その他　（　　　　　　　　） |
| 車両番号又は標識番号 |  | 主たる定置場 | □申請者住所と同じ |

手帳に記載された障害名と等級について、あてはまる箇所に●を書いてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 運転する人 | 障害のある方本人 | 生計同一者又は常時介護者 |
| 障害の級別障害区分等 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 身体障害者手帳 | 視覚障害 |  |  |  | ☆ |  |  |  |  |  | ☆ |  |  |
| 聴覚障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平衡機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 咽頭摘出による音声機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上肢機能障害※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下肢機能障害※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | △ | △ | △ |
| 体幹機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | △ |  |
| 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※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移動※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | △ | △ | △ |
| 心臓・腎臓・呼吸器・小腸・ぼうこう又は直腸機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肝臓機能障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療育手帳 | 障害程度が「重度（Ａ）」 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | １　　　級 |
| 戦傷病者手帳 | 詳細はお問い合わせください |

＜表の見方＞

　　　　 ・・・減免対象外　　☆・・・１号が該当

△ ・・・当該障害のみでは減免対象外となりますが、重複して複数の障害がある場合は、総合等級に読み替えて「生計同一者等での運転による減免」の判定をします

※ ・・・同じ障害区分において、重複して複数の障害がある場合はお問い合わせください