

軽自動車税減免申請書

令和 8 年 4 月 1 日

(宛先) 東大阪市長

(納税義務者)

住所又は所在地 荒本北1丁目1番1号

軽自動車の所有者
(納税義務者)

氏名又は名称 東大阪 太郎

電話番号 (06) 4309 - 3134

東大阪市長税条例第67条第2項の規定により、次のとおり申請します。

車両番号 (標識番号)	大阪・東大阪市 480 あ ○○○○
----------------	--------------------

減免を申請 する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者減免 (市税条例第67条第1項第1号該当)	市役所記入欄 <input type="checkbox"/> 他車減免確認 <input type="checkbox"/> 車検証(車体の形状) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書、 定款又は規則(添付要)
	<input type="checkbox"/> 構造減免 (市税条例第67条第1項第2号該当) 以下、記入不要	
	<input type="checkbox"/> 公益法人減免 (市税条例第67条第1項第3号該当) 以下、記入不要	

身体障害者等	住所	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ(同じ場合は□に✓を) 荒本北2丁目○番○号		身体障害者等の 情報を記入	
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ(同じ場合は□に✓を) 東大阪 一郎	身体障害者等か らみた納税義務 者との続柄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()
	手帳の 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級又は2級)			市役所記入欄 障害者と別居の場合 <input type="checkbox"/> 税の扶養 <input type="checkbox"/> 健康保険の扶養 <input type="checkbox"/> 生計同一確認書 <input type="checkbox"/> 常時介護証明書(運転者)
	手帳の交付年月日	昭和・平成・令和 8 年 1 月 1 日			

運転者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ(同じ場合は□に✓を)		運転者の情報を記入
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者に同じ(同じ場合は□に✓を)	身体障害者等 との続柄	

市役所記入欄	◎障害者減免 所有形態 <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 所有権留保 自家用事業用の別 <input type="checkbox"/> 自家用 使用目的(障害者本人運転以外の場合) <input type="checkbox"/> 通学・通院・通所・生業のため	◎公益法人減免 <input type="checkbox"/> 宗教法人、社会福祉法人、学校法人 <input type="checkbox"/> NPO法人等 (<input type="checkbox"/> 社会福祉事業 <input type="checkbox"/> 法人市民税均等割課税免除) 所有形態 <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 所有権留保	摘要 適用年度 令和 年度
	納税義務者		
	身体障害者等		
	運転者		