

身体障害者等に係る軽自動車税種別割減免申請書

(宛先) 飯能市長	納税義務者	住所												
		フリガナ												
		氏名												
		個人番号												
		電話番号												
飯能市税条例第78条第1項第1号の規定により軽自動車税種別割を減免されたく申請します。												年	月	日
年度・税額	6年度	円	納税通知書識別番号	No.										
車両番号(ナンバー)	所沢	( )	種別	<input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用										
主たる定置場の位置	飯能市													
使用目的(用途)	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生活全般 <input type="checkbox"/> その他 ( )													
身体障害者等	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他												
	住所	<input type="checkbox"/> 同上												
	フリガナ		生年月日	年 月 日										
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		交付年月日	年 月 日									
	手帳番号	別紙のとおり		交付年月日	年 月 日									
	障害名及び障害の程度	障害名 (別紙のとおり)		等級 (別紙のとおり)										
	納税義務者の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
運転者	住所	<input type="checkbox"/> 同上 飯能市												
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 同上										
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		交付年月日	年 月 日									
	免許証番号	別紙のとおり		交付年月日	年 月 日									
	免許の種類	別紙のとおり												
	免許の条件等	別紙のとおり		有効期限	年 月 日									
身体障害者等の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )													

※ 「個人番号」欄には、納税義務者の個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

減免申請書を提出前に

新規申請用

**必ずお読みください。**

## 減免申請時に必要な書類等

チェック	必要書類等	コピー可否
<input type="checkbox"/>	身体障害者等に係る軽自動車税種別割減免申請書（新規申請用）	×
<input type="checkbox"/>	令和6年度軽自動車税種別割納税通知書（納付前のもの）	×
<input type="checkbox"/>	申請する車両の車検証	○
<input type="checkbox"/>	運転免許証（運転者のもの）	○
<input type="checkbox"/>	障害者手帳、戦傷病者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳 ※ 交付済のもの全て	×
<input type="checkbox"/>	マイナンバー（個人番号）が分かるもの	○

### （受付時間短縮のご協力について）

申請期間中は大変混雑するため、必要書類等でコピー可のものをお持ちいただくと受付時間の短縮につながりますのでご協力をお願いします。

**減免申請窓口受付期間：令和6年5月7日（火）～5月31日（金）**

**※ 受付期間を過ぎた申請は受理できません。**

- ※ ① 口座振替の方で減免申請書を提出される場合は、**5月17日（金）**までに市民税課へ提出していただけると、口座振替の処理はされません。
- ② 登録車（普通自動車）の減免を受けている方は、軽自動車との重複の減免は受けられません。（減免の対象となる車両は1台のみです。）

**問合せ先：飯能市役所市民税課税制担当 042-973-2111（内線121）**

①記入例(納税義務者・障害者等・運転者が本人の場合)

身体障害者等に係る軽自動車税種別割減免申請書

納税通知書から転記

(宛先) 飯能市長	住所	飯能市大字双柳1番地の1											
	フリガナ	ハンノウ タロウ											
	氏名	飯能 太郎											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	電話番号	042-973-2111											

マイナンバーを記入してください

飯能市税条例第78条第1項第1号の規定により軽自動車税種別割を減免されたく申請します。

納税通知書の識別番号から転記

〇〇年〇月〇日

年度・税額	6年度	〇〇〇〇円	納税通知書識別番号	No. 〇〇〇〇〇〇〇
-------	-----	-------	-----------	-------------

車検証から転記

車両番号(ナンバー)	所沢	5	8	0	(あ)	3	5	6	7	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用	
主たる定置場の位置	飯能市大字双柳1番地の1											
使用目的(用途)	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生活全般 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

身体障害者手帳等から転記

身体障害者等	手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他											
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上											
	フリガナ						生年月日	〇〇年〇月〇日					
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					交付年月日	〇〇年〇月〇日					
	手帳番号	別紙のとおり											
	障害名及び障害の程度	障害名 ( 別紙のとおり ) 等級 ( 別紙のとおり )											

運転免許証から転記

運転者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 飯能市											
	フリガナ						生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 年 月 日					
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					交付年月日	〇〇年〇月〇日					
	免許証番号	別紙のとおり											
	免許の種類	別紙のとおり											
	免許の条件等	別紙のとおり					有効期限	〇〇年〇月〇日					

※ 「個人番号」欄には、納税義務者の個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

**②記入例(納税義務者・障害者等・運転者が異なる場合①)**

身体障害者等に係る軽自動車税種別割減免申請書

納税通知書から転記

(宛先) 飯能市長	住所	飯能市大字双柳1番地の1											
	フリガナ	ハンノウ タロウ											
	氏名	飯能 太郎											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	電話番号	042-973-2111											

マイナンバーを記入してください

飯能市税条例第78条第1項第1号の規定により軽自動車税種別割を減免されたく申請します。

納税通知書の識別番号から転記

〇〇年〇月〇日

年度・税額	6年度	〇〇〇〇円	納税通知書識別番号	No. 〇〇〇〇〇〇〇
-------	-----	-------	-----------	-------------

車検証から転記

車両番号(ナンバー)	所沢	5	8	0	(あ)	3	5	6	7	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用	
主たる定置場の位置	飯能市大字双柳1番地の1											
使用目的(用途)	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生活全般 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

身体障害者手帳等から転記

身体障害者等	手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上										
	フリガナ	ハンノウ ハナコ					生年月日	〇〇年〇月〇日				
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上 飯能 花子					交付年月日	〇〇年〇月〇日				
	手帳番号	別紙のとおり					交付年月日	〇〇年〇月〇日				
	障害名及び障害の程度	障害名 等級 ( 別紙のとおり ) ( 別紙のとおり )										
納税義務者の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

運転免許証から転記

運転者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 飯能市										
	フリガナ						生年月日	<input type="checkbox"/> 同上				
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					生年月日	〇〇年〇月〇日				
	免許証番号	別紙のとおり					交付年月日	〇〇年〇月〇日				
	免許の種類	別紙のとおり										
	免許の条件等	別紙のとおり					有効期限	〇〇年〇月〇日				
身体障害者等の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

※ 「個人番号」欄には、納税義務者の個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。

**③記入例(納税義務者・障害者等・運転者が異なる場合②)**

身体障害者等に係る軽自動車税種別割減免申請書

納税通知書から転記

(宛先) 飯能市長	住所	飯能市大字双柳1番地の1											
	フリガナ	ハンノウ ハナコ											
	氏名	飯能 花子											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	電話番号	042-973-2111											

マイナンバーを記入してください

飯能市税条例第78条第1項第1号の規定により軽自動車税種別割を減免されたく申請します。

納税通知書の識別番号から転記

〇〇年〇月〇日

年度・税額	6年度	〇〇〇〇円	納税通知書識別番号	No. 〇〇〇〇〇〇〇
-------	-----	-------	-----------	-------------

車検証から転記

車両番号(ナンバー)	所沢	5	8	0	(あ)	3	5	6	7	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用	
主たる定置場の位置	飯能市大字双柳1番地の1											
使用目的(用途)	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生活全般 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

身体障害者手帳等から転記

身体障害者等	手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上										
	フリガナ											
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上										
	手帳番号	別紙のとおり										
	障害名及び障害の程度	障害名 等級 ( 別紙のとおり ) ( 別紙のとおり )										
納税義務者の続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )											

運転免許証から転記

運転者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 飯能市											
	フリガナ	ハンノウ タロウ											
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上 飯能 太郎											
	免許証番号	別紙のとおり											
	免許の種類	別紙のとおり											
	免許の条件等	別紙のとおり											
有効期限	〇〇年〇月〇日												
身体障害者等の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )												

※ 「個人番号」欄には、納税義務者の個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号をいう。)を記載してください。