

※  (02)年度途中取得  (03)課税復活 ※印は事務処理用

## 身体障害者・精神障害者に係る 自動車取得税 自動車税 減免申請書

(宛先)  
埼玉県自動車税事務所長

令和 年 月 日

納税者 住所 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、埼玉県税条例 第45条の3第2項 第49条第3項 の規定により 自動車取得税 自動車税 の減免を受けたいので申請します。

区 分	年 度	税 率	課 税 額	減 免 額	納 付 税 額
自動車取得税	平成 令和 年度	/100	円	円	円
自動車税	平成 令和 年度	円	円	円	円

自動車	登録番号又は車両番号	事業用・ 自家用の別	定置場（使用の本拠の位置）	所有者の住所及び氏名（名称）	使用者の住所及び氏名
	大宮 川口 熊谷 所沢 川越 春日部 越谷	自家用	<input type="checkbox"/> 使用者の住所と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]

障害者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]	フリガナ 氏 名	生年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日
	納税者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 納税者にとって [ _____ ]		使用目的	障害者の <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 通所 のために使用	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 〔 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> マルA〕	記号番号	県 都 道 府 市 第 _____ 号	交付年月日	昭 平 令 年 月 日 交付 昭 平 令 年 月 日 再交付
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	障害等級	1 級	手帳番号	自立支援医療費の受給者番号
		交付年月日	昭 平 令 年 月 日	手帳有効期限（更新）	平 令 年 月 日

運転者	住所	住所	氏 名	障害者との 続柄	納税者との 続柄
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> [ _____ ]	[ _____ ]	[ _____ ]	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 障害者にとって [ _____ ]
	運転免許証	番 号	交付年月日	平 令 年 月 日	
		免 許 の 種 類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	有効期限	平 令 年 月 日
		免許の条件及び自動車の制限	<input type="checkbox"/> 眼鏡等 <input type="checkbox"/> A T 車に限る <input type="checkbox"/> 中型車 ( _____ t )に限る <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]		

備 考 \_\_\_\_\_ ※確認した職員 \_\_\_\_\_

※新規 同車再申請〔障変更 納義変更〕 前車：M・C・K・R・W・B・Y 平成 令和 年 月 日 抹消 移転 前年度末日付の非該当届提出 その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
 ※納期変更後の納期内申請 課税復活後の納期内申請