自 動 車 税 減 免 申 請 書　（車いす移動車等用）

令和　　年　　月　　日

（宛先）
埼玉県自動車税事務所長

納税義務者　住所又は所在地
氏名又は名称
電話番号

下記のとおり減免を受けたいので申請します。

年　度	税　　目	期（月）別	登　録　番　号	税　　額	減免を受けようとする税額
	自動車税	□定期 □随時		円 円	円 円

減免を受けようとする理由

車体の形状	□車いす移動車　□身体障害者輸送車　□入浴車（以下の欄は記入不要です）
自動車の使用目的	□車いす利用者の病院等への送迎のため　□その他〔　　〕

□車検証の使用者欄が個人の場合（特定の車いす利用者のために自動車を使用する場合）	車いす利用者		次のいずれかにチェックして添付してください。
	住　　所		□医師の診断書（所定様式） □補装具（車いす）費支給決定通知書の写し（市町村交付） □介護サービス費（車いす貸与）の領収書の写し □福祉施設等の車いす使用証明書（任意様式） □その他車いすを利用していることを証する書類
	氏　　名		
	電話番号		
	使用者との続柄	□本人　□〔　　〕	
	他の制度で減免を受けている自動車	□無 □有 〔登録番号　　〕	
□車検証の使用者欄が法人の場合又は個人で事業等に使用する場合（不特定多数の車いす利用者のために自動車を使用する場合）	次のいずれかにチェックして、添付してください。	□定款等の写し、事業内容のわかるパンフレット等 □使用計画書（所定様式） □添付書類を省略（登録が「事業用」のため） □添付書類を省略（車検証の使用者欄が公益法人又は協同組合等のため）	

備考	

※添付書類の有無にかかわらず、自動車検査証の写しを必ず添付してください。
※車いす利用者１人につき１台に限り減免されます。ただし事業等により不特定多数の車いす利用者のために自動車を使用する場合はこの限りではありません。
※車いす利用者が身体障害者手帳等による自動車税等の減免制度の適用を受けている場合、車いす移動車の自動車税については減免されません。