

| | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| 受 付 | | <h2 style="margin: 0;">軽自動車税(環境性能割)減免申請書</h2> <p style="margin: 0;">(精神障害者に係る軽自動車)</p> | |
| 群馬県知事 াতে | | 申請年月日 | 令和 ● 年 ●● 月 ●● 日 |
| 申請者 | 住所 | 前橋市上泉町397-5 (納税義務者の自宅住所をご記入ください) | |
| | フリガナ | ○○○○ ○○○ | 電話番号 080-○○○○-○○○○ |
| | 氏名 | 納税義務者名をご記入ください | |
| 日中、連絡のつく電話番号(携帯電話等)を記載 | | | |
| 年度の軽自動車税(環境性能割)について、次のとおり減免してください。 | | | |
| 軽自動車の車両番号 | | 群馬 58* あ**** | 主たる定置場 車検証から転記。車検証に「***」とある場合は、「使用者住所に同じ」 |
| 車名 | | 具体的な車名(商品名) | |
| 使用者 | 住所 | 車検証に記載される使用者を | |
| | 氏名 | 転記してください | |
| 精神障害者 | 住所 | 前橋市上泉町397-5 | |
| | フリガナ | ○○○○ ○○○ | |
| 障害者 | 氏名 | ● ● ● ● | |
| | 精神障害者の続柄 | 母 | |
| 障害者 | 職業 | 会社員 | |
| | 生年月日 | 平成 ● 年 ● 月 ● 日 | 年齢 ○○ 歳 |
| 障害者 | 納税義務者の続柄 | 子 | |
| | 職業 | 無職 | |
| 障害者 | 発行都道府県 | 群馬県 | |
| | 交付年月日 | 令和 元 年 10 月 1 日 | |
| | 有効期限 | 令和 3 年 9 月 30 日 | |
| | 障害等級 | 1 級 | |
| 障害者 | 手帳番号 | 第 01234567 号 | |
| | 自立支援医療受給者証番号 | 第 89012345 号 | |
| 障害者 | 免許証から転記して許してください | 免 許 証 条 件 | |
| | 免 許 証 条 件 | 「AT車限定」「左アクセル車に限る」など、免許証に記載されている条件をご記入ください。 | |
| 使用目的 | 1 通院 | 病院 | 所在地 伊勢崎市国定町2-2374 |
| | 2 通所 | 授産施設 | 名称 群馬県立精神医療センター |
| 使用目的 | 3 通学、通園 | 学校等 | 電話番号 0270 (62) 3311 |
| | 4 生業 | | |
| 使用目的 | 5 その他 | | |
| | 主な使用目的を○で囲み、主な利用先の情報を記入してください。 | | |
| 提示するもの | 1 精神障害者保健福祉手帳 2 自立支援医療受給者証 所持していない場合は、交付申請後に減免申請してください 3 軽自動車を運転する者の運転免許証 提示できない場合は、裏表両面のコピーを添付 | | |
| 添付書類 | 1 軽自動車届出済証の写し 2 精神障害者と生計を一にする者または精神障害者等のために当該精神障害者を常時介護する者が運転する場合は、精神障害者の居住地を所管する県保健福祉事務所長(居住地が前橋市または高崎市の場合、市保健所長)が発行した「証明書」 3 その他知事が指示する書類 | | |

注 1 この申請書は、軽自動車税(環境性能割)の申告書を提出する時または日までに、提出してください。
 2 減免申請の審査に当たって、手帳内容等について手帳の交付元に照会することがあります。あらかじめ、御承知おきください。