|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回　付 | 受付者 | 受付印 |  | 決　裁 | 所　長 | 次長 | 課長 | 合　　　　　　　　　議 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第８号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　年　　 月　　 日（宛先）滋賀県自動車税事務所長 | (納税義務者)申 　請 　者 | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| **減免申請書（身体障害者等減免用）****自動車税（環境性能割・種別割）****軽自動車税（環境性能割）** |  |
|  下記の自動車に係る　　　　　　　　　　　　　　　　の減免について第２項・第73条の14第２項附則第29条の10 | 自動車税(環境性能割・種別割) 　　　　　　　　 滋賀県税条例第73条の３軽自動車税（環境性能割）　　　　　　　　　　　地方税法第461条および |  |  |
|  | の規定により申請します。 |
| 登録(車両)番号 | 滋(賀)　　　　―　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　　※自動車は自家用であること |
| 所 有 者 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　 続柄（　　）　　　　　・申請者に同じ |
| 運転者氏名および区分 | 　　　　　　　　　　　　　　 続柄（　　）　　　　　・申請者に同じ |
| ・　障害者等本人が運転する | ・　生計同一者（家族等）が運転する　・　常時介護者が運転する |
| 使 用 目 的 | 　通　院　・　通　学　・　通　所　・　生　業（通勤・自営・その他　　　　　　　　） |
| 障 害 者 等 | 住所 | ・申請者に同じ |
| 氏名 | ・申請者に同じ | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日　 (満　　　才) |
| 障害者手帳等の内容　　　 | 手帳の種類 | 身体障害者手帳・療育手帳・戦傷病者手帳・精神障害者保健福祉手帳 |
| 番号 |  | 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 等　級または程　度 |
| 障害区分 | ※　該当するものに○をしてください。視覚障害・聴覚障害・平衡機能障害・音声機能障害(咽頭摘出者のみ)・上肢不自由下肢不自由・体幹不自由・乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害（上肢機能・移動機能）機能障害（心臓・呼吸器・じん臓・ぼうこう・直腸・小腸）肝臓機能障害ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害・知的障害者・精神障害者 |
|  |
|  |
| ＊以下は記入不要です。 |
| 区　　分 | 課税額 | 減免額 | **減免後税額** |
| **自動車税****環境性能割・****軽自動車税****環境性能割** | 円千円×税率　　％ | □上限超過 | 円千円×税率　　％ | 円 |
| 区　　分 | 年税額 | 課税額 | 減免の月 数 | 減免額 | **減免後税額** |
| **自動車税****種 別 割**□仮申請 | 円 | □重課□上限超過□恒久減税 | 円 | 月 | 円 | 円 |
| 既減免車の有無 | 無・有（滋（賀） － － ） | 抹消・移転・転出（　　　年　　月　　日）課税復活の要否：不要・必要（　　　　円） |
| 確　認　欄 | 確認事項 | 新自動車の所有者の名義人は障害者等本人か(※) | 既減免対象車は移転抹消済みか | 障害者手帳等の内容（障害等級･交付年月日） | 運転者の条件 | 家族運転等の場合 |
| 有効期限 | 運転者は生計同一か | 利用状況は適当か |
| 確認書類 | 車　検　証 | 抹消登録証明書等 | 身障者手帳等 | 運転免許証 | 生計同一証明書 | 通院証明書等 |
| チェック | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

（23.3）

(※) 生計同一者（家族等）が運転する場合で、障害者が18歳未満であるとき、知的障害者（A）であるときまたは

精神障害者（１級）であるときは生計同一者でもよい。

氏名：

TEL：

連絡先

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とします。

　２　正副２通を提出してください。