

自動車税減免申請書兼申立書

福島県知事

令和 年 月 日



申（納税義務者）	郵便番号	-			
	現住所 (アパート名 棟室番号等)				
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ			
	ふりがな 氏名		身障者等 との続柄		
	電話番号	-	-	F A X	-

下記自動車は、福島県税条例 第 71 条 の 4 に該当する自動車ですから

自動車税 を減免されたく申請いたします。

記

自動車	登録番号	福・郡 白・会 い	車種区分	かな	番	号	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	ふりがな 氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	身障者等 との続柄 () ※本人でない場合 <input type="checkbox"/> 生計同一者 <input type="checkbox"/> 常時介護者	生計同一者の 同居・別居の別 <input type="checkbox"/> 身障者等と同居 <input type="checkbox"/> 身障者等と別居	運 転 す る 者 の 許 証 条 件	住所 (会社名) ふりがな 氏名 連絡先電話 (- -)		
	種別	大型・普通・小型												
	用途	乗用・貨物・特種												
	定置場	市・町・村												
	自動車の 取得年月日	昭・平 令								
	車検証の 有効期間	令								
障がい者等	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ												
		ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											
	生年月日	大・昭 平・令								
	手帳	番号	福 島 県 福 島 市 郡 山 市 い わ き 市	○	第	号	使用の目的・ 生計同一の申立て (本人運転でない場合) <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 身障者等のため上記に使用することを申し立てます。 <input type="checkbox"/> 生計同一であることを申し立てます。							
		交付年月日	昭・平 令	.	.	.								
		再交付年月日	昭・平 令	.	.	.		破損・紛失 程度変更						
	障がい名及び障がい等級	身障	(コード番号)					前 減 免 車	登録番号	福・郡 白・会 い	車種区分	かな	番	号
			知的	級					移転年月日	令	.	.	.	<input type="checkbox"/> 同時移転予定
		精神		級					抹消年月日	令	.	.	.	<input type="checkbox"/> 同時抹消予定
			戦傷	自立支援医療費受給者番号 第 号 (コード番号)					申請者以外 に当該申請 に関わる者 (来庁者)	住所 (会社名) ふりがな 氏名	連絡先電話 (- -)			
県税 部 処 理 欄	新規・継続の別	新規 ・ 継続					減 免 額	円				備 考		
	事前確認	<input type="checkbox"/> 手帳	<input type="checkbox"/> 免許証					確認日	. .		確認者			
		<input type="checkbox"/> 前減免車	<input type="checkbox"/> 生計同一確認書類(別居のみ)						振(1・2・3・4・5・6・7)					

(注1) 申請する際の注意事項については、2枚目裏面をご覧ください。

(注2) コード番号には、2枚目裏面のコード番号表から該当する障がいのコード番号を記入してください。

(注意事項)

- 1 申請時には、障がい者が交付を受けている全ての手帳（身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院医療に係るもの））を提示し、併せて運転する者の運転免許証の写し（両面）を提出してください。
 (※1) マイナンバーカードと運転免許証を一体化し、免許証に代わり免許情報の記録されたマイナンバーカード（以下、マイナ免許証という）を所有する場合は、マイナ免許証と、そこに記録されている特定免許情報の両方を提示してください。
- 2 障がい者と同居中の生計を一にする者が運転する場合は、障がい者の世帯全員の住民票（発行から2か月以内のもの。コピー不可。）を添付してください(障がい者の世帯全員の住民票に、障がい者と運転者及び所有者(所有権留保付きの場合は使用者)（以下「運転者等」という。）の記載があることを確認します。）。
 なお、障がい者と運転者等が世帯分離している場合は、それぞれの世帯全員の住民票を添付してください。
 (※2) 障がい者又は運転者等が東日本大震災及び福島第一原発事故により指定市町村（いわき市、田村市、南相馬市、川俣町、双葉郡8町村、飯館村）から避難中で避難先自治体へ住民票を異動していない場合は、障がい者及び運転者等の現住所（避難場所の住所）が同一の「世帯全員の住民票」又は原発避難者特例法に基づく避難元自治体発行の「届出避難場所証明書」を添付してください。
- 3 常時介護者が運転する場合は、当該事実を証明する福祉事務所長、町村長又は市保健所長の証明書（発行から2か月以内のもの。コピー不可。）を添付してください。
 (※3) 戦傷病者手帳をお持ちの方で、町村にお住まいの方は、県保健福祉事務所長の証明書（発行から2ヶ月以内のもの。コピー不可。）を添付してください。
- 4 障がい者と別居中の生計を一にする者が運転する場合は、障がい者との続柄を証する書類（住民票謄本又は戸籍謄本（発行から2か月以内のもの。コピー不可。））及び生計を一にすることを証する書類（扶養関係の記載がある確定申告書の写し、扶養関係の記載がある源泉徴収票の写し、扶養関係の記載がある健康保険証（又は資格確認書）の写し など）を添付してください。
 (※4) マイナンバーカードの健康保険証を利用されている方は、マイナンバーカードと、そこに記録されている保険証情報の両方を提示してください。
 マイナンバーカードの提示により申請する場合、扶養関係を確認するため、扶養者及び被扶養者双方の提示が必要となります。
- 5 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに最寄りの地方振興局へ届け出てください。

コード番号表（障がいの区分）

コード	障がい名
11	視覚障がい
21	聴覚障がい
22	平衡機能障がい
31	音声機能障がい（咽頭摘出による音声機能障がいがある場合に限る。）
41	上肢不自由
42	下肢不自由
43	体幹不自由
51	乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい（上肢機能障がい）
52	乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい（移動機能障がい）
61	心臓機能障がい
62	じん臓機能障がい
63	呼吸器機能障がい
64	ぼうこう又は直腸の機能障がい
65	小腸の機能障がい
66	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい
67	肝臓機能障がい