

(宛先)
大津市長

	年 月 日
申請者 住所 (納税義務者) (所在地)	
氏名 (名称)	
電話番号 (- -)	
個人番号又は法人番号	

次のとおり 令和 8 年度軽自動車税の減免を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

減免を受けようとする事由

<input type="checkbox"/> 市税条例第 94 条の 2 第 1 項第 1 号に該当	公益のため	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ
<input type="checkbox"/> 市税条例第 94 条の 2 第 1 項第 2 号に該当	生活保護のため			
<input type="checkbox"/> 市税条例第 94 条の 2 第 1 項第 3 号に該当	災害その他	()		
<input type="checkbox"/> 市税条例第 95 条第 1 項第 1 号に該当	身体障害者等のため			
<input checked="" type="checkbox"/> 市税条例第 95 条第 1 項第 2 号に該当	特殊車両のため			

減免申請車両			
軽自動車等の種別		原動機の総排気量又は定格出力	添付資料のとおり
車両番号又は標識番号		原動機の型式	
用途	添付資料のとおり	形状	車いす移動車 ・ 入浴車
主たる定置場	大津市	税額	
使用目的		<input checked="" type="checkbox"/> 自動車検査証 <input type="checkbox"/> 自動車届出済証 <input type="checkbox"/> 標識交付証明書 写し可	

軽自動車税の減免	
公益のため直接専用する場合	<input type="checkbox"/> 定款等の写し <input type="checkbox"/> 事業報告書及び使用目的書 <input type="checkbox"/> その他 ()
生活保護を受けている場合	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書
災害又は盗難により損失を受けた場合	被災年月日及び場所

身体障害者等に対する軽自動車税の減免			
身体障害者等の氏名		生年月日及び年齢	年 月 日(歳)
住所		納税義務者との関係	
身体障害者手帳	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	
	障害の程度	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
	障害名	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳	
	手帳番号	納税義務者と住所が異なる場合	
	交付年月日	<input type="checkbox"/> 生計同一証明書	
運転者	氏名	身体障害者等との関係	
	住所	身体障害者等と住所が異なる場合	
免許証	番号	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許証	
	交付年月日		
	有効期限		
	種類及び条件		

当該身体障害者等に対する申請年度における減免適用有無の確認
 自動車税及び軽自動車税において減免を受けている車両はありません。

処理欄	宛名番号	口座登録	審査①	審査②	入力	発送
		有 / 無				