

(令和 年度)

軽自動車税 (種別割) 減免申請書 (障害者に係るもの) 【本人・家族・介護・施設】

日立市長 殿

令和 年 月 日提出

※個

納税義務者	住所	日立市				
	氏名	フリガナ	車両(標識)番号	水戸・日立市		
		TEL ( ) - 年齢 歳	用途	1 貨物 2 乗用 3 その他		
	個人番号		種別	1 原付 2 軽二輪 3 軽四輪		1 自家用 2 事業用
障害者との関係		4 小型二輪 5 その他				

日立市市税条例第 90 条の規定に基づき、次のとおり軽自動車税 (種別割) の減免を申請します。

障害者の使用目的	1 通学 2 通院 3 通所 4 生業 (自営・通勤) (生業の内容 )	通学・通院・通所・勤務先
----------	--	--------------

障害者	住所				
	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日生	
	手帳等の内容	1 身体障害者手帳 番号第 号	交付年月日	年 月 日	
		2 戦傷病者手帳 番号第 号			
		3 療育手帳 番号第 号	障害名		
4 精神障害者保健福祉手帳 番号第 号 ※併せて提示することが必要である書類 (1) から (3) までのいずれか (1) 自立支援医療受給者証 (精神通院) 番号第 号 (2) 医療福祉費受給者証 番号第 号 (3) 障害の治療のための通院の事実を証する書面		等級	級		
		(総合等級)	級		

運転する者	住所			
	氏名	番号第 号	年 月 日	
		交付年月日	年 月 日	
		有効期限	年 月 日まで	
		免許の種類	中型・その他 ( )	
障害者との関係	本人・(続柄 )	免許の条件		

【確認書類  
チェック欄】  
※職員記入

区分	障害手帳	運転免許	車検証	生計同一	その他
本人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 施設証明(裏面)
介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 常時介護(裏面)
生計を一にする					
<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 同一住所のもの(世帯全員)		<input type="checkbox"/> 障害者		
<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 税申告書	<input type="checkbox"/> 施設入所時の申込書		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(3親等以内)		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

裏面もご覧ください

証 明 書	いる障害者の一時帰宅等のために運転する場合 <b>【一時帰宅証明書】</b> 障害者と生計を一にする者が福祉施設に入所して	福祉施設 所在地 名 称 _____  障 害 者 住 所 氏 名 _____  使用目的 ・一時帰宅 ・通 院 (医療機関名 _____) ・その他 (詳細 _____)  運 転 者 住 所 氏 名 _____  年 月 日付軽自動車税 (種別割) の減免を受けるため証明願のあったことについて、上記 運転者は、上記障害者のため、週に1度 (又は月に4度) 以上、軽自動車を運転する必要があること を証明する。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">⑨</div>			
	障害者を常時介護する者が運転する場合 <b>【常時介護証明書】</b>	所 有 者 住 所 氏 名 _____  運 転 者 住 所 (常時介護者) 氏 名 _____  年 月 日付軽自動車税 (種別割) の減免を受けるため証明願のあったことについて、上記所 有者は、減免申請書に記載されている障害者 (障害者、未成年又は70歳以上の者のみで構成される 世帯に属する障害者に限る。) と生計を一にしており、かつ、上記運転者は当該障害者を常時介護し、 当該障害者の ( ) のために減免申請書に記載されている軽自動車を専ら運転していることを証 明する。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">⑨</div>			
確認 手段	1 民生委員の意見 2 相談員の意見 3 現地調査 4 証明書類	確認 書類	1 住民票 2 通学証明書 3 通院証明書 4 通所証明書 5 通勤証明書 6 その他	調査 者印	

《減免申請にあたっての注意事項》

- 1 減免となる自動車は障害者1人につきその方のために使用する軽自動車等1台 (普通自動車含む) に限られます。
- 2 この申請書は、普通徴収による軽自動車税 (種別割) (毎年度4月1日において所有している軽自動車等にかかる軽自動車税) の納期限までに提出してください。
- 3 この申請書を提出する際には、身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳 (精神障害者保健福祉手帳にあっては、併せて自立支援医療受給者証 (精神通院)、医療福祉費受給者証又はその障害の治療のための通院の事実を証する書面が必要となります。) 及び運転免許証等を提示してください。  
 なお、身体障害者手帳等の交付日が納税義務の発生した日 (当該年度4月1日) 以後である場合には減免の対象とならないので注意してください。
- 4 申請する軽自動車等が障害者と生計を一にする方が福祉施設に入所している障害者の一時帰宅や通院等のために運転する自動車である場合は、当該福祉施設の管理者から上記証明 (一時帰宅等証明書) を受けてから申請を行ってください。(証明を受けられない場合は減免の対象とならないので注意してください。)
- 5 申請する軽自動車等が、障害者又は障害者と生計を一にする方が所有し、障害者 (障害者と未成年又は70歳以上の高齢者のみで構成される世帯の障害者に限る。) を常時介護する方が運転する軽自動車等である場合は、障害者の通学、通院、通所又は勤務の事実を証する書面及びそれらの方の住民票の写しを、次の(1)又は(2)に掲げる障害者の区分に応じ、それぞれ(1)又は(2)に定めるところへ提出し、上記証明 (常時介護証明書) を受けてから申請を行ってください。(証明を受けられない場合は減免の対象とならないので注意してください。)  
 (1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 … 日立市障害福祉課  
 (2) 戦傷病者手帳の交付を受けている者 … 茨城県長寿福祉課