

自動車税減免申請書 (その2)

年 月 日

担当チェック欄

<input type="checkbox"/> 現年度(定期)	<input type="checkbox"/> 現年度(新規登録)
<input type="checkbox"/> 翌年度減免	
<input type="checkbox"/> 301(本人運転)	<input type="checkbox"/> 302(生計同一者運転)
<input type="checkbox"/> 303(常時介護者運転)	
<input type="checkbox"/> 初申請	<input type="checkbox"/> 精神
<input type="checkbox"/> 課税復活(車切れ等)	<input type="checkbox"/> 変更()
<input type="checkbox"/> 車両入替(普→普、軽→普)	
前減免車(抹消・移転・減免取消 済)	

申請者

住所

氏名

電話番号

下記のとおり、沖縄県税条例第146条第1項の規定により自動車税の課税を免除されるよう申請します。

身体障害者等	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	自動車登録番号	沖縄	
	ふりがな		登録年月日	年 月 日	
	氏名 (電話番号)	- -	車種		
	生年月日 及び年齢	年 月 日生 (満 歳)	車名		
	手帳番号		車台番号		
	手帳交付日	年 月 日	乗車定員	人	
	障害名	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 平行機能 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 乳幼児(上肢) <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 乳幼児(移動) <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的	総排気量	リットル	
	障害の等級又は程度	<input type="checkbox"/> 総合	最大積載量	トン	
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 大型特殊 <input type="checkbox"/> その他()	
運転者	住所	<input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ	自家用の別	<input type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用	
	氏名		定置場	<input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ	
	運転免許証又は免許情報記録の番号		検査証有効期限	年 月 日	
	運転免許証の交付年月日	年 月 日	自動車の使用目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所(園) <input type="checkbox"/> 通学(園) <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 生業(仕事)	
	運転免許証の有効期限又は免許情報記録の有効期間の末日	年 月 日	所有者	住所	<input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ
	免許の種類及び条件	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 中型(8t限定) <input type="checkbox"/> 準中型 <input type="checkbox"/> 準中型(5t限定) <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> その他()		氏名	<input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ <input type="checkbox"/> 運転者と同じ
身体障害者等との関係	<input type="checkbox"/> 本人	使用者住所	使用者氏名	<input type="checkbox"/> 身体障害者等と同じ <input type="checkbox"/> 運転者と同じ	

(注) 1 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及び自立支援医療受給者証並びに運転免許証を提示すること。
2 対象となる自動車が身体障害者等のために当該身体障害者等と生計を一にする者又は身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者等のために当該身体障害者等を常時介護する者によって運転されるものであるときは、福祉事務所長、町村の長、沖縄県生活福祉部保護・援護課長又は保健所長が発行する当該事実の証明書を添付すること。