

愛媛県知事様

記載例

申請人
(納税義務者)

郵便番号	7 9 0 - 0 0 0 1
住所	松山 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡 一番町4-4-2
フリガナ	エヒメ タロウ
氏名	愛媛 太郎
身体障害者等との関係	本人
電話番号	0 8 9 - 9 4 1 - 2 1 1 1

自動車税(環境性能割・種別割)減免申請書

登録番号	愛媛 3 1 7 す 1 1 1 1	登録年月日	令和5年3月15日	
車両番号		有効期間満了日	令和7年3月14日	
自動車の主たる定置場	松山 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡	一番町4-4-2		
年度及び税額	令和6年度	自動車税種別割	34,500円	
		自動車税環境性能割	円	
身体障害者等の状況	住所	松山 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡	一番町4-4-2	
	フリガナ	エヒメ タロウ	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	
	氏名	愛媛 太郎	年齢 30歳 生年月日 5年10月31日	
	障害者手帳等の番号	<input checked="" type="checkbox"/> 愛媛県 (<input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 南) 児相 <input type="checkbox"/> 他()	交付年月日 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 20年7月31日	
	手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級		
	障害名	<input type="checkbox"/> 視覚() <input type="checkbox"/> 聴覚() <input type="checkbox"/> 音声() <input type="checkbox"/> 平衡機能() <input type="checkbox"/> 体幹() <input checked="" type="checkbox"/> 上肢(2級) <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 呼吸器() <input type="checkbox"/> 免疫() <input type="checkbox"/> 心臓() <input type="checkbox"/> 肝臓() <input type="checkbox"/> じん蔵() <input type="checkbox"/> 運動上肢() <input type="checkbox"/> 運動移動() <input type="checkbox"/> ぼうこう直腸() <input type="checkbox"/> 小腸()		
	療育手帳Aの確認判定について	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	次回の判定	年 月 日
精神障害者保険福祉手帳1級の有効期限について		期限	年 月 日	
運転する者の状況	住所	松山 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡	一番町4-4-2	
	フリガナ	エヒメ タロウ	身体障害者等との関係	本人
	氏名	愛媛 太郎		
	運転免許証	番号 第 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 号 交付年月日 令和4年8月10日 有効期限 令和8年9月5日	種類	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 原 <input type="checkbox"/> け <input type="checkbox"/> け <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 準 自 自 引 特 中 型 型 通 特 二 二 特 付 引 二 二 二 二 二 型
自動車の主たる使用目的	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通園 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 帰省 <input checked="" type="checkbox"/> その他(日常生活)			

注1 身体障害者手帳、療育手帳、戦傷病者手帳又は精神障害者保健福祉手帳及び運転免許証を提示してください。

2 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を常時介護する者が運転する場合には、身体障害者(18歳未満の場合のみ)又は知的障害者にあつては管轄する県地方局長(市の区域にあつては市福祉事務所長)、18歳以上の身体障害者にあつては市の区域は市福祉事務所長、町の区域は町長、戦傷病者にあつては県長寿介護課長、精神障害者(知的障害者を除く)にあつては管轄する保健所長が発行する証明書を添付してください。ただし、身体障害者等と生計を一にする者が運転する場合において、健康保険証の提示により生計を一にすることが確認できるとき又は申請日前1月以内に発行された同一世帯の住民票の提示があった場合は、証明書の添付は必要ありません。

3 構造上身体障害者等の利用に専ら供するための減免制度(構造減免)において自動車の利用者として申請した者が、当該申請を行った場合は、減免(身障減免)を受けることはできません。

受付	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 代替 <input type="checkbox"/> 番変		
旧車処理(代替)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	番号	
	処理日		年 月 日
生計同一確認	<input type="checkbox"/> 廃車 <input type="checkbox"/> 名変		
	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生計同一証明書		
事由		担当	