



軽自動車税減免申請書

税務課長	補佐	係	

障害をお持ちの方 (減免を受ける方)		氏 名	
		住 所	喜界町大字
		生 年 月 日	歳
手帳をの付種類に ☐身体障害者手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 ☐療育手帳・☐戦傷病者手帳		番 号 等	第 号
		交付年月日	
		障害の等級など	級
軽自動車の所有者または使用者 (身障者で18歳未満もしくは、精神及び知的障がい者については、所有者が生計同一者か常時介護者でも可)		氏 名	
		住 所	喜界町大字
		身障者との関係	
運 転 者 (障害者本人または生計同一者及び常時介護者)		氏 名	
		身障者との関係	
運転免許証		番 号	第 号
		交付年月日	
		有効期限	
		免許の種類	
		条 件	
軽自動車税		車両番号	
		主たる定置場	
		種 別	
		用途及び使用目的	

上記の軽自動車税について、喜界町条例第90条により減免して下さるよう申請します。

喜 界 町 長 殿

令和 年 月 日

申請者

住 所 喜界町大字

氏 名

連絡先