

県 税 減 免 申 請 書

令和 年 月 日

県税事務所長 様

受付
印

郵便番号

申請者 住 所

ふりがな
氏 名

(電話 局 番)

(身体障害者等との関係)

山口県税賦課徴収条例 第89条の9第1項 の規定により、下記のとおり
自動車税 を減免されるよう申請します。

記

減 免 申 請 額	円		身 体 障 害 者 等	住 所			
				氏 名			
自動車の 表示等	登録番号 車両番号		障 害 の 概 要 等	生年月日	年	月	日 (歳)
	車 名			番 号		交 付 年月日	年 月 日
	取得年月日	年 月 日	運 転 者	障 害 名			
	車台番号			障 害 の 程 度			
	主たる定置場		運 転 免 許 証 又 は 免 許 情 報 記 録	住 所			
	種別及び 用 途			氏 名	(身体障害者等との関係)		
	使用目的			番 号			
	所有者 住所 (所在地) 氏名 (名 称)			交付年月日	年	月	日
	使用者 住 所 氏 名		有効期限の 末日	年	月	日	
				種 類			
			条 件				

備 考

添付書類

減免を必要とする理由を証明する書類

注 「障害の概要等」欄は、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の記載に基づいて記入してください。