

●減免申請書の書き方

訂正がある場合は、赤の二重線で消して
余白に記入してください。

納税義務者を記入
(納税通知書を見て記入)
※納税通知書添付
電話番号を必ずご記入ください
(申請書に不備がある場合ご連絡する場
合があります。)

宛先(提出先)：那珂市長 様

軽自動車

那珂市税条例第90条第1項の規定に基づき、下記の通り減免を

| | | | |
|----------|-------------|-----------|----------------|
| ◆減免の申請者 | | | |
| 義納 務者 | 住所 (所在地) | 福田1819番地5 | 電話番号 |
| | 氏名 (名称) | 那珂 太郎 | 個人番号 (法人番号) |

◆減免を申請する理由(減免申請の種類)

1. 身体障害者等 2. 公益専用車両 3. 福祉車両 4. その他

受ける軽自動車等

「1. 身体障害者等」
に○をつける

障害者手帳を見て記入
※手帳の写し添付

| | | |
|--------------|----------------|-------|
| 自家用) | 総排気量 又は定格出力 | 50cc |
| *** | 型式 | |
| 年月日 令和〇年〇月〇日 | 定置場 | 病院のため |

| | | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------------------------|---|
| ◆身体障害者等に係る情報等 | | | |
| 障害者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ | |
| | 障害者手帳 の番号 | 生年月日 | 手著の種類 |
| | 障害の区分 及び等級(程度) | 手帳の 交付年月日 | <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 戦傷病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健 |
| 運 転 者 (備考) | 住所 (所在地) | 障害者 との関係 | |
| | 氏名 | | |

免許証を見て記入
※免許証の写し添付

【お問い合わせ先】
311-0192
茨城県那珂市福田1819番地5
那珂市役所 税務課 市民税グループ
029-298-1111(内線165・166)

令和8年6月1日(月)までに返信用封筒にて送付(当日消印有効)

◎提出するもの

- 令和8年度軽自動車税納税通知書(または口座振替通知書)
- 身体障害者手帳・戦傷病者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の写し(等級が確認出来るページをコピーしてください。)
- 減免を受ける車の車検証の写し
- 軽自動車税減免申請書
- 「軽自動車を運転する者」の運転免許証の写し

※ 軽自動車税減免申請の結果は6月中旬頃に発送となる予定です。