

自動車税減免申請書兼申立書

福島県知事

令和 年 月 日



申 (納税義務者)	郵便番号	-		
	現住所 (アパート名 棟室番号等)			
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ		
	ふりがな 氏 名		身障者等 との続柄	
	電話番号	-	F A X	-

下記自動車は、福島県条例 第 71 条 の 4 に該当する自動車ですから  
自動車税を減免されたく申請いたします。

記

自 動 車	登録番号	福・郡 白・会	車種区分	かな	番 号	運 転 す る 者 の 証 明	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	種 別	大型・普通・小型					ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	用 途	乗用・貨物・特種					身障者等 との続柄	( ) ※本人でない場合 <input type="checkbox"/> 生計同一者 <input type="checkbox"/> 常時介護者			
	定 置 場	市・町・村					生計同一者の 同居・別居の別	<input type="checkbox"/> 身障者等と同居 <input type="checkbox"/> 身障者等と別居			
	自動車の 取得年月日	昭・平 令					番 号	第 [ ] 号			
	車検の 有効期間	令					交 付 年月日	令			
	住 所						有効期限	令			
	ふりがな 氏 名						種 類	大型・中型・準中型・普通・( )			
	生年月日	大・昭 平・令					条 件	眼鏡等・AT車限定・( ) 備考:			
	番 号	福 島 市 山 北 区	○	第	号		使用の目的・ 生計同一の申立て (本人運転でない場合)	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 生業 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
交 付 年月日	昭・平 令					再交付年月日	昭・平 令	被損・紛失 程度変更			
再交付年月日	昭・平 令										
障 が い 者 等	障がい 名及び障 がいの等 級	(コード番号)				前 減 免 車	登録番号	福・郡 白・会	車種区分	かな	番 号
	知 的						移転・抹消 年月日	令	<input type="checkbox"/> 今後移転予定 <input type="checkbox"/> 減免を受けずに使用継続 <input type="checkbox"/> 今後抹消予定		
	精 神	自立支援医療費受給者番号 第 [ ] 号					減免付帯・自動車税 納付の申立て	<input type="checkbox"/> 減免を受ける自動車を変更することを申し立てます。 <input type="checkbox"/> 前減免車の自動車税は納付期限までに納付します。			
	職 傷	(コード番号) 第 [ ] 号					申請者以外 に当該申請 に関わる者 (業庁者)	住 所 (会社名)			
県 税 部 処 理 欄	新規・継続の別	新規		継続		減 免 額	円 備考				
	事前確認	<input type="checkbox"/> 手帳	<input type="checkbox"/> 免許証			(前減免車)減免承認通知書引抜き 要					
		<input type="checkbox"/> 前減免車	<input type="checkbox"/> 生計同一確認書類(別居のみ)			確認日	確認者				

(注1) 申請する際の注意事項については、2枚目裏面をご覧ください。  
(注2) コード番号には、2枚目裏面のコード番号表から該当する障がいのコード番号を記入してください。

## 自第16号様式

### (注意事項)

- 1 申請時には、身体障がい者等が交付を受けている全ての手帳（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及び自立支援医療受給者証（精神通院医療に係るもの））及び運転する者の運転免許証を提示してください。
- 2 生計を一にする者または常時介護者が運転する場合は、当該事実を証明する福祉事務所長、町村長、県保健福祉事務所長または市保健所長の証明書（発行から2か月以内のもの。コピー不可。）を添付してください。
- 3 身体障がい者等と別居中の生計を一にする者が運転する場合は、身体障がい者等との続柄を証する書類（住民票謄本または戸籍謄本（発行から2か月以内のもの。コピー不可。））及び生計を一にすることを証する書類（扶養関係の記載及び税務署の受理印がある確定申告書の写し、扶養関係の記載がある源泉徴収票の写し、扶養関係の記載がある健康保険証の写し など）を添付してください。
- 4 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに最寄りの地方振興局へ届け出てください。

### コード番号表（障がいの区分）

コード	障がい名
11	視覚障がい
21	聴覚障がい
22	平衡機能障がい
31	音声機能障がい（咽頭摘出による音声機能障がいがある場合に限る。）
41	上肢不自由
42	下肢不自由
43	体幹不自由
51	乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい（上肢機能障がい）
52	乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい（移動機能障がい）
61	心臓機能障がい
62	じん臓機能障がい
63	呼吸器機能障がい
64	ぼうこう又は直腸の機能障がい
65	小腸の機能障がい
66	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい
67	肝臓機能障がい