|  |  |
| --- | --- |
| 自動車税環境性能割自動車税種別割 | 減免申請書 |
| 令和　　年　　月　　日　福井県　　　　　長　様納税者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所(所在地)　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名(名称)　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号(法人番号)　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号　　　　―　　―　　　　)　　　　　　　　 |
| 自動車税環境性能割自動車税種別割 | の減免について、福井県県税条例 | 第135条の14第2項第150条第2項 | の規定により、次のとおり申請します。 |
| 1　対象となる自動車 |
| 　 | 登録番号 | 　福井 | 自営の別 | 自家用　・　営業用 |
| 自動車の定置場 | □納税者の住所と同じ□その他(　　　　　　　　　　　　　) | 車検満了日 | 年　　月　　日　 |
| 減免の事由 | 　ア　通学　　　イ　通院　　　ウ　通所　　　エ　生業　　　オ　通勤 |
| 2　障害の状況 |
| 　 | 身体障害者等の氏名等 | □納税者と同一　　　　(住所)　　　　　　　　　　　　　(納税者との関係)□納税者と異なる　→　(氏名)　　　　　　　　(　　歳) |
| 手帳の種類 | □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 |
| 手帳番号 | 　 | 交付年月日(変更年月日) | 年　　月　　日　 |
| 障害の区分および級別等 |
| 障害の区分 | 級別等 | 障害の区分 | 級別等 | 障害の区分 | 級別等 |
| ア　視覚 | 　 | ク　乳幼児以前の非進行性脳病変による運動機能障害(上肢) | 　 | ソ　免疫 | 　 |
| イ　聴覚 | 　 | ケ　乳幼児以前の非進行性脳病変による運動機能障害(移動機能) | 　 | タ　肝臓 | 　 |
| ウ　平衡 | 　 | コ　心臓 | 　 | チ　療育 | 　 |
| エ　音声・言語・そしゃく | 　 | サ　じん臓 | 　 | ツ　精神障害 | 　 |
| オ　上肢 | 　 | シ　呼吸器 | 　 | テ　その他 | 　 |
| カ　下肢 | 　 | ス　ぼうこうまたは直腸 | 　 |
| キ　体幹 | 　 | セ　小腸 | 　 |
| 3　運転者の概況 |
| 　 | 運転者の氏名等 | □納税者と同一□生計同一者□常時介護者 | → | (住所)　　　　　　　　　　　　　　　　(納税者との関係)(氏名) |
| 運転免許証の内容 | 番号 | 　 | 免許の条件等 | □有　　　　　　　□無 |
| 種類 | 普通・中型・大型・その他(　) | 　□眼鏡等　□AT車限定　□その他(　　　　) |
| 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 有効期間 | 　　　年　　月　　日まで |
| 4　減免申請内訳 |
| 　 | 自動車税環境性能割 | 課税年度 | 　 | 　 |
| 税額 | 円 | 自動車の取得価格　　　　　　　　　円 |
| 減免申請額 | 円 | 　 |
| 自動車税種別割 | 課税年度 | 　 | 　 |
| 税額 | 円 | 　 |
| 減免申請額 | 円 | □全額　　　□月割(　　月から減免) |

(注)1　個人の方が新たに取得した自動車に対する自動車税環境性能割および当該年度分の自動車税種別割についてこの申請を行う場合は、個人番号の記載を要しません。

　　2　障害の区分および級別等の欄は、該当する障害の種類の記号を丸で囲み、部位ごとに等級等を記入してください。

　　3　精神障害者については、自立支援医療費(精神通院医療)受給者証を提示してください。

　　4　この様式は、軽自動車税環境性能割の減免申請をする場合に準用することとします。この場合において、「自動車税環境性能割」とあるのは「軽自動車税環境性能割」と、「福井県県税条例の規定により、次のとおり」とあるのは「次のとおり」と読み替えるものとします。