

使用目的の申出書（家族運転用）

軽自動車税種別割の減免を受けるため、対象車両を以下のとおり、身体障がい者等のために6か月以上継続して使用する見込みであることを申し出ます。

軽自動車の標識番号 _____

障がい者等の氏名 _____

申出日以降の使用見込み

使用目的	回数 (1ヶ月あたり)	施設名称	使用区間
		住所（番地省略可）	使用目的の内容（※）
<input type="checkbox"/> 通学・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業(通勤・自営等) <input type="checkbox"/> 社会参加活動	回/月		
<input type="checkbox"/> 通学・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業(通勤・自営等) <input type="checkbox"/> 社会参加活動	回/月		
<input type="checkbox"/> 通学・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業(通勤・自営等) <input type="checkbox"/> 社会参加活動	回/月		
<input type="checkbox"/> 通学・ <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業(通勤・自営等) <input type="checkbox"/> 社会参加活動	回/月		

※通院、通所の場合は診療内容・障害福祉サービス名等、自営業の場合は業種等、社会参加活動の場合はその内容を具体的にご記入ください。通学・通勤の場合は記入不要です。

なお、下記の事項を遵守・履行することを誓約します。

1. 必要な場合は、申請内容について市民税課が送迎先施設等に問い合わせることに同意します。
2. 市民税課が訪問調査を行う場合は、調査に協力します。
3. 申請内容に変更があったときは、すみやかに市民税課に連絡し、必要な手続きを行います。
4. 調査等により申請内容と異なる事実があると判断された場合には、減免取消となり課税されることを承諾します。

令和 年 月 日

運 転 者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

納税義務者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____