

(表)



自動車税減免(減額)申請書(障害者に係るもの)
茨城県 県税事務所長 殿 年 月 日提出

納税義務者	住所	(〒)				
	氏名	フリガナ	自動車登録番号 (ナンバープレート)	水戸・土浦・つくば		
	個人番号又は法人番号	(生年月日 年 月 日) 電話()	減免を受けている 自動車の有無及び 自動車登録番号	有 ・ 無		
	個人番号又は法人番号	個人番号の記載に当たっては左端を空欄とし、 ↓ここから記載してください。		水戸・土浦・つくば		
障害者との関係	年 月 日 (抹消・移転)					

障害者の使用目的	1 通学 2 通院 3 通所 4 生業(自営、通勤) (生業の内容)	通学・通院・通所・勤務先
----------	---	--------------

障害者	住所					
	氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日		
	手帳等の内容	1 身体障害者手帳 番号 第 号	交付年月日	年 月 日		
		2 戦傷病者手帳 番号 第 号	障害名 (左の3・4の場合、記載不要)			
		3 療育手帳 番号 第 号		等級	級	
4 精神障害者保健福祉手帳 番号 第 号		(総合等級)	級			
	※ 併せて提示することが必要である書類 ((1)から(3)までのいずれか) (1) 自立支援医療受給者証 (精神通院) 番号 第 号 (2) 医療福祉費受給者証 番号 第 号 (3) 障害の治療のための通院の事実を証する書面					

運転者	住所					
	氏名	フリガナ	番号 第 号	年 月 日		
	障害者との関係	交付年月日	年 月 日			
		有効期限	年 月 日			
	免許の種類	普通・準中型・中型 その他 ()				
	免許の条件					

減免開始年度	自動車	
当年度	1 普通徴収	課税番号 税額 円
翌年度	2 証紙徴収	税額 円

還付が必要な方(納付済の方)
申請前に、納付済の方は還付手続きを行いますので、
納税義務者ご本人の預金口座を記入してください。

金融機関	銀行・金庫・組合
支店名	店・所
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

区分	障害者手帳	運転免許	納税通知書 車検証	生計同一	その他	受付
本人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	確認
家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
個人番号確認書類 <input type="checkbox"/> 番号確認書類 <input type="checkbox"/> 身元確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人の委任状 <input type="checkbox"/>						
生計を一にする						
納税義務者	<input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> その他 ()					
障害者	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> その他 ()					
運転者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> その他 ()					
扶養関係	<input type="checkbox"/> 税申告書等(源泉徴収票、確定申告書の写しなど)					
その他	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 施設入所時の申込書等					
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(3親等以内)					
<input type="checkbox"/> 生計同一確認書(半径2km以内)※同一大字外のみ						
						入力

証 書	障害者と生計を一にする者が福祉施設に入所している障害者の一時帰宅等のため運転する場合 (一時帰宅等証明書)	福祉施設 所在地 _____ 名称 _____ 障 害 者 住 所 _____ 氏 名 _____ 使用目的 ・一時帰宅 ・通院 (医療機関名 _____) ・その他 (詳細 _____) 運 転 者 住 所 _____ 氏 名 _____ _____年 _____月 _____日付け自動車税の減免 (減額) を受けるため証明願のあったことについて、上記運転者は、上記障害者のため、週に1度 (又は月に4度) 以上自動車を運転する必要があることを証明する。 _____年 _____月 _____日 福祉施設証明欄 印	
	障害者を常時介護する者が運転する場合 (常時介護証明書)	所 有 者 住 所 _____ 氏 名 _____ 運 転 者 住 所 _____ (常時介護者) 氏 名 _____ _____年 _____月 _____日付け自動車税の減免 (減額) を受けるため証明願のあったことについて、上記所有者は、減免 (減額) 申請書に記載されている障害者 (障害者、未成年者又は70歳以上の者のみで構成される世帯に属する障害者に限る。) と生計を一にしており、かつ、上記運転者は当該障害者を常時介護し、当該障害者の (_____) のために減免 (減額) 申請書に記載されている自動車を専ら運転していることを証明する。 _____年 _____月 _____日 市町村証明欄 印	
確認手段	1 民生委員の意見 2 相談員の意見 3 現地調査 4 証明書類	確認書類 1 住民票 2 通学証明書 3 通院証明書 4 通所証明書 5 通勤証明書 6 その他	調査者

注) 確認手段及び確認書類については該当する箇所を○で囲むこと。

(減免申請に当たっての注意事項)

- 減免の対象となる自動車は、**障害者1人につきその方の移動のために使用する自動車1台**に限られます。
- この申請書は、普通徴収による自動車税にあっては**納期限まで**に、証紙徴収による自動車税にあっては登録申請の日から**30日以内**に、環境性能割の場合は申告書を提出した日から**30日以内**に提出してください。
- この申請書を提出する際には、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 (精神障害者保健福祉手帳にあっては、併せて自立支援医療受給者証 (精神通院)、医療福祉費受給者証又はその障害の治療のための通院の事実を証する書面が必要となります。) 及び運転免許証等を提示してください。
 なお、身体障害者手帳等の交付日が納税義務の発生した日以後である場合には減免の対象とならないので注意してください。
- 申請に係る自動車が、障害者が所有し当該障害者のために障害者と生計を一にする方が運転する自動車、障害者と生計を一にする方が所有し当該障害者のために運転する自動車又は障害者と生計を一にする方が所有し障害者が運転する自動車である場合 (障害者が福祉施設 (児童福祉法第7条第1項に規定する児童福祉施設、老人福祉法第5条の3に規定する老人福祉施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第11項に規定する障害者支援施設及び同条第26項に規定する福祉ホームその他知事が認める施設 (通所施設及び短期入所施設を除く。) をいう。以下同じ。) に入所している場合を除く。) は、必要に応じ障害者及び障害者と生計を一にする方の住民票の写しを求めることがあります。
- 申請に係る自動車が、障害者と生計を一にする方が福祉施設に入所している障害者の一時帰宅、通院等のために使用される自動車である場合は、当該福祉施設の管理者から上記**一時帰宅等証明**を受けてから申請を行ってください (証明を受けられない場合には減免の対象とならないので注意してください)。
- 申請に係る自動車が、障害者 (障害者、未成年者又は70歳以上の者のみで構成される世帯に属する障害者に限る。) 又は障害者と生計を一にする方が所有し、当該障害者を常時介護する方が運転する自動車である場合は、障害者の通学、通院、通所又は勤務の事実を証する書面及び障害者又は障害者と生計を一にする方の住民票の写しを、次の(1)又は(2)に掲げる障害者の区分に応じ、それぞれ(1)又は(2)に定めるところへ提出し、上記**常時介護証明**を受けてから申請を行ってください (証明を受けられない場合には減免の対象とならないので注意してください)。
 (1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 市の福祉事務所 (社会福祉法に定める福祉に関する事務所をいう。) 又は町村役場
 (2) 戦傷病者手帳の交付を受けている者 茨城県福祉部長寿福祉課