

※軽自動車の情報は車検証に記載のある通りにご記入ください。記載のない事項については記入不要です。

記入例

宛先（提出先）： 滋賀県長浜市長 様

軽自動車税減免申請書

長浜市税条例第90条第4項及び長浜市身体障害者等に対する軽自動車税減免取扱要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり減免を申請します。

◆減免の申請者

納税義務者	住所 (所在地)	滋賀県長浜市八幡東町632番地	電話番号	0749-65-6508												
	氏名 (名称)	社会福祉法人 0000	法人印 団体印	個人番号 (法人番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

◆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

◆減免を受ける軽自動車等

車両情報	種別 及び用途	軽自動車 貨物 自家用			総排気量 又は定格出力	650cc
	車両番号 (標識番号)	滋賀 880 あ 0000	型式	000-0000	最高出力	
	登録 年月日	令和〇年〇月〇日	原動機 型式	000	形状	車いす移動車
定置場	滋賀県長浜市八幡東町632番地				使用目的	送迎

◆身体障害者等に係る情報等

↓公益減免及び構造減免の申請の場合は、記入不要です。

障害者	住所	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ		生年月日	手帳の種類 <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
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ			
	障害者手帳 の番号			手帳の交付 年月日	
	障害の区分及 び等級(程度)			障害者との 関係	
運転者	住所 (所在地)	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ		障害者との 関係	
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ			

(備考)

<お問い合わせ先>

長浜市役所 税務課 電話：(0749)65-6508(直通)

提出期限： 令和8年6月1日

※必ず上記の期限までにご提出ください。