



身体障害者等に係る自動車税課税免除申請書

年 月 日
岩手県県税センター所長 様

申請者 (納税義務者)	住所	電話番号 - -									
	フリガナ										
	氏名	<small>〔※誓約事項を確認のうえ、自署してください。自署できない場合は代筆者が署名し、下欄に代筆者の氏名及び納税義務者との関係を記載してください。〕</small>									
	代筆者氏名	納税義務者との関係									
個人番号											

下記の①から③の事項について誓約のうえ、岩手県県税条例第106条第1項の規定により、課税免除の申請をします。

申請理由	(該当する番号に○をつけてください。) 1 身体障害者等が運転する自動車 2 身体障害者等の下記の使用目的のために当該身体障害者等と生計を一にする者が継続して月1回以上運転する自動車 3 身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者等の下記の使用目的のために当該身体障害者等を常時介護する者が継続して週3日以上運転する自動車									
使用目的	1 通院	2 通学	3 通勤	4 生業	5 通所					
使用目的の主な行き先	所在地									
	名称									
免除を受けようとする年度	年度分			免除を受けようとする税額	円					
(1) 身体障害者手帳等の記載事項	住所	(申請者同)								
	氏名	(申請者同)								
	生年月日	年 月 日 (歳)								
	手帳の種類及び障害の程度	1 身体障害者手帳	2 戦傷病者手帳							
		級	項症・款症							
	手帳番号	3 精神障害者保健福祉手帳	4 療育手帳							
		級	A・B							
	自立支援医療受給者番号	(手帳の種類が3の場合に記入)								
	交付年月日	年 月 日								
	有効期限又は再判定年月日	年 月 日								
障害の区分及び等級	(手帳の種類が1又は2の場合に記入)									
(2) 運転者に関する事項	住所	(申請者同)								
	氏名	(申請者同)								
	身体障害者等との関係									
	運転免許証の有効期間の末日	年 月 日								
(3) 自動車検査証に関する事項	納税義務者となる所有者又は使用者	住所	(申請者同)							
		氏名	(申請者同)							
	登録番号									
	有効期間の満了する日	年 月 日								

誓約事項

- ① この申請書の記載内容について、事実と相違ないこと。
- ② この申請書の記載内容について、岩手県県税センター所長が調査を行う場合には、異議なく協力すること。
- ③ 免除要件に該当しないことが明らかになった場合には、岩手県県税センター所長の指示に従い、免除を受けた税額についてすみやかに納付すること。

(裏)

備考1 免除を受けようとする者は、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、同表の中欄に掲げる提出期限までに、同表の右欄に掲げる提出先に提出してください。

区 分	提出期限	提出先
自動車の新規登録をする場合	自動車税の申告をした日から15日以内	岩手県県税センター（税の申告の際に免除申請をする場合にあつては、岩手県県税センター分室）
賦課期日（4月1日。ただし、同日後に納税義務が発生した場合は、当該発生した日。以下同じ。）に自動車を所有している場合	納期限前7日（例 納期限が5月31日の場合は、5月24日）	岩手県県税センター

2 自動車税の免除の上限額は、次のとおりです。

令和元年10月1日以降に初回新規登録を受けた自動車・・・年43,500円

令和元年9月30日以前に初回新規登録を受けた自動車・・・年45,000円

3 「生計を一にする者」が運転する場合は、申請者、身体障害者等及び自動車を運転する者が生計を一にすることを確認することができる書類（健康保険証の写し、源泉徴収票の写し等の扶養関係を確認することができる書類）を添付してください。

ただし、申請者、身体障害者等及び自動車を運転する者の住所が同一の場合は、添付を省略することができます。

4 「常時介護者」が運転する場合は、次に掲げる書面を添付してください。

(1) 身体障害者等のみで構成される世帯全員の住民票の写し

(2) 身体障害者等のみで構成される世帯全員の身体障害者手帳、戦傷病者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳の写し