

※納税義務者・障害者・運転者が同一人物で無い場合に記入してください。

様式 D

令和 年 月 日

岩国市長 様

申 立 書

今回、軽自動車税(種別割)の減免を申請する軽自動車について、次のとおり申し立てます。

当該身体障害者等と { ☐ 納税義務者 _____ は、次のとおり生計を一にしています。
☐ 運転者 _____

生計同一	添付するもの
☐ 住民票上、同一世帯で同居している	不要
☐ 住民票上、別世帯であっても同居している	
☐ 隣接敷地に居住している	
☐ 税法上の扶養親族になっている	
☐ 健康保険上の扶養親族になっている（国民健康保険、後期高齢者医療保険を除く）	健康保険証の写し
☐ 生活費、学資金、療養費等を常時支出している	通帳（通帳の名義人が分かるページも含む）や領収書等、支出が確認できる書類の写し
☐ 身体障害者等の保護者又は保護者と同一世帯（身体障害者手帳等に保護者として記載されている）	身体障害者手帳等の写し（保護者欄の確認のため）

また、軽自動車税(種別割)の減免を申請する軽自動車等は、専ら当該身体障害者のため、次の目的のために使用しています。

- ☐ 通学 (学校名: _____)
- ☐ 通院・通所 (通院・通所先: _____)
- ☐ 生業（仕事） (勤務先: _____)
- ☐ 入院・入所中で、一時帰宅等の際に軽自動車等を使用 (入院・入所先: _____)

上記のとおり相違ありません。また、当該軽自動車の状況について、岩国市長が行う調査については、異議なく協力します。

なお、調査の結果が申立の内容と異なることにより、減免措置の取消処分を受けても一切異議を申し述べません。

① 納税義務者（所有者） ※自署もしくは記名・押印してください

住 所 _____

氏 名 _____

② 障害者本人 ※自署もしくは記名・押印してください

住 所 _____

氏 名 _____

③ 運転者 ※自署もしくは記名・押印してください

住 所 _____

氏 名 _____