

受付印

| 減 免 決 議 欄 | | | | 原本確認済 | |
|-----------|----|---------|-------|-------|--|
| 副局長 | 次長 | 課 税 担 当 | | 受 付 者 | |
| | | | (審査1) | (審査2) | |

令和 年 月 日

令和 年度 自動車税減免申請書

徳島県県税局長 殿

申請者 (納税義務者) 住所
氏名
個・民・通 個人番号
日中連絡の取れる電話番号
身体障がい者等との続柄 本人・家族()

次のとおり減免を申請します。なお、申請内容について、関係機関等に確認されることに同意します。

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| 身体障がい者 等 本人 | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名 | 生年月日 年 月 日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 歳 | | |
| 運 転 者 | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名 | 身体障がい者 等との続柄 | 本人・家族() | | | |
| 自 動 車 | 登録番号 | 徳島 | 使用目的 | <input type="checkbox"/> 本人運転(日常生活) <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 生業 <input type="checkbox"/> 週末帰省 | | |
| 手 帳 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり | 手帳番号 | 徳島県 第 号 新・再・変 | 交付年月日 | 平成 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 身体 障害者手帳 又は <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 | 障 害 区 分 | <input type="checkbox"/> 上肢()級 <input type="checkbox"/> 下肢()級 <input type="checkbox"/> 心臓()級 <input type="checkbox"/> 腎臓()級 | <input type="checkbox"/> ()障害 ()級 <input type="checkbox"/> ()障害 ()級 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 療育手帳 | A1・A2 | 次回判定年月 | 令和 年 月 | |
| | <input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 | I 級 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | 自立支援医療 受給者番号 | |
| 自動車検査証 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり | 総排気量 又は定格出力 | kw L | 初度登録年月 | 平成 令和 年 月 | | |
| 運 転 者 の 運 転 免 許 証 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり | 免許の番号 | 第 号 | 交付年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | 免許の種類 | 普通・準中型・中型・ | |
| | 免許の条件 | 車両に特別な装備が 不要・必要() | | | | |

(注)・手帳等の写しの添付により、二重枠に囲まれた部分以外の記載を省略できます。
チェックボックス□にチェックマーク☑を入れてください。
車両登録時の申請は運転免許証の欄のみ記載を省略できます。
この申請をする際には裏面の「注意事項」をお読みください。

【事務所記入欄】

| | | | | | |
|----------|--------|------------|--------------------------------|-----|-------|
| 申請の状況 | 初・再・替 | 前車の登録番号 | | | |
| 備考 来所者 | | | | | 本人・家族 |
| 軽 減免なし確認 | 受付印・電話 | 口座情報提供 有・無 | | | |
| 減免額 | 自動車税 | 円 | <input type="checkbox"/> 超過額あり | 新・中 | |

<申請時の注意事項>

- 1 日中連絡の取れる電話番号は必ず記入してください。
- 2 申請するには、次の書類等の原本を持参してください（運転免許証は表裏両面コピー可）。
 - (1) ①身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）
 ②運転される方の運転免許証（表裏両面コピー可）
 ③自動車検査証又は自動車検査証記録事項
 - (2) その他添付書類
 - ① 身体障がい者が自ら運転する場合（本人運転）→ 添付書類は必要ありません。
 - ② 身体障がい者等と生計を一にする者が運転する場合（家族運転）
 - ア 住民票（世帯全員・続柄記載のもの）
 （障がい者の方と運転される方の世帯が異なる場合は、各々の住民票のほか、あわせて戸籍謄本（コピー可）が必要です。）
 - イ 通学、通院、通所、生業、週末帰省証明書のうち該当するもの
 （精神障がい者の方で、自立支援医療受給者証（精神通院）をお持ちの場合は必要ありません。）
 ＊通学は通学回数の8割以上、通院は月4回以上、通所は月4回以上かつ通所回数の8割以上、週末帰省は月4回程度の使用実態が継続することが必要です。
- (3) 申請の際は、自動車の所有者（割賦販売により所有権が売主に留保されている場合は使用者）の個人番号の記入が必要です。所有者の「マイナンバーカード」又は「通知カードと本人確認のための書類（運転免許証・手帳等）」をお持ちください。
 車両登録時の申請の場合は個人番号の記載は不要です。
- (4) 上記(1)から(3)までの書類に記載の住所は現住所が確認できるように変更手続の上、申請してください。

<減免の対象となる障がいの範囲>

| 手帳の種類 | 障害の区分 | 級 別 | | | | | | |
|-----------------|------------------------|----------------------------------------|---|---|----------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 身体障害者の手帳 | 視覚障害（※1） | | | | 4 ¹ | | | |
| | 聴覚障害 | | 2 | 3 | | | | |
| | 平衡機能障害 | | | 3 | | | | |
| | 音声機能障害（※2） | | | 3 | | | | |
| | 上肢不自由 | 1 | 2 | | | | | |
| | 下肢不自由 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | 体幹不自由 | 1 | 2 | 3 | | 5 | | |
| | 乳児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害 | 上肢 | 1 | 2 | | | | |
| | | 移動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 心臓機能障害 | 1 | | 3 | | | | |
| | 腎臓機能障害 | 1 | | 3 | | | | |
| | 呼吸器機能障害 | 1 | | 3 | | | | |
| | ぼうこう又は直腸機能障害 | 1 | | 3 | | | | |
| | 小腸機能障害 | 1 | | 3 | | | | |
| 免疫機能障害 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| 肝臓機能障害 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| 療育手帳（※3） | | 障害の程度A | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳（※3） | | 障害等級1級かつ自立支援医療受給者証（精神通院）を交付されていること（※4） | | | | | | |

- ・ 網掛け部分 は、障がい者本人の運転に限り減免できます。
- ・ 重複障害の場合は、障害の区分ごとに判定します。
- ・ 「戦傷病者手帳」により申請をされる方は、徳島県県税局自動車税支所までお問い合わせください。

- ※1 視覚障害 4¹ は、両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの。ただし、平成30年7月1日以降に交付された身体障害者手帳については、視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの。
- ※2 音声機能障害は、喉頭摘出による場合に限りです。
- ※3 療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の場合は、障がい者本人の運転での減免はできません。
- ※4 精神通院医療を受けている事が原則ですが、慢性疾患による通院や障がい者施設への通所（月4回以上かつ通所回数の8割以上）でご家族の運転による送迎が必要な場合には、徳島県県税局自動車税支所までお問い合わせください。