［身体障害者（児）
知的障害者（児）
精神障害者（児）
戦　傷　病　者］　に対する自動車税の減免に係る証明願

証紙貼付欄

令和　　年　　月　　日

地　方　局　長
市福祉事務所長
町　　長　様
保　健　所　長
長寿介護課長

①

申　請　者　　住所

氏名

自動車税減免申請書のとおり、当該自動車は、もっぱら②＿＿＿＿＿＿＿＿のため、生計を一にする①＿＿＿＿＿＿＿＿が取得又は所有し、③＿＿＿＿＿＿＿＿が運転するものであるのでこの旨証明願います。

上記 ①＿＿＿＿＿＿と ②＿＿＿＿＿＿及び ③＿＿＿＿＿＿は
生計を一にする者であることに相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日
民生児童委員　住　所
氏　名　　㊞

【記載上の注意】　①～③には、右の「減免申請書」の①～③に記載する氏名をそれぞれ記載すること。

※ 必要書類　1）通園・通学・通所・通院等の証明書(写しで可)
2）運転免許証(写しで可)
3）車検証(写しで可)
4）身体障害者(療育・精神障害者保健福祉・戦傷病者)手帳(写しで可)
5）証明手数料　　円(収入証紙で収納)

（キリトリ線）

申請時には切り離さないこと

令和　　年　　月　　日

愛　媛　県　知　事　　様

①申　請　人
（納税義務者）

郵便番号	－　－
住　所	□市 □郡
フリガナ	
氏　名	
身体障害者等との関係	
電話番号	－　－

自動車税減免申請書

登録番号 車両番号	愛　媛		登録年月日	年　月　日	
			有効期間満了日	年　月　日	
自動車の主たる定置場	□市 □郡				
年度及び税額	令和　　年度	自動車税種別割	円		
		自動車税環境性能割	円		
②身体障害者等の状況	住　所	□市 □郡			
	フリガナ 氏　名	年齢　歳	生年月日	□大 □昭 □平 □令 年　月　日	
	障害者手帳等の番号	□愛媛県 （□東 □中 □南）児相 □他（　　） 第　　号	交付年月日	□昭 □平 □令 年　月　日	
	手　帳	□身体障害者手帳 □戦傷病者手帳 □療育手帳Ａ □精神障害者保健福祉手帳１級			
	障害名	□視覚（　　） □聴覚（　　） □音声（　　） □平衡機能（　　） □体幹（　　） □上肢（　　） □下肢（　　） □呼吸器（　　） □免疫（　　） □心臓（　　） □肝臓（　　） □じん臓（　　） □運動上肢（　　） □運動移動（　　） □ぼうこう直腸（　　） □小腸（　　）			
	療育手帳Ａの確認判定について	□要 □不要	次回の判定	年　月　日	
	精神障害者保険福祉手帳１級の有効期限について		期　限	年　月　日	
③運転する者の状況	住　所	□市 □郡			
	フリガナ 氏　名		身体障害者等との関係		
	運転免許証	番　号	第　　号		
		交付年月日	年　月　日	有効期限	年　月　日
		種　類	□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 大中普大大普小原けけ大中普大準 自自　引　特中 型型通特二二特付引二二二二二型	条　件	□眼鏡等 □中型車は中型車(8t)に限る □中型車（８ｔ）、準中型車と普通車はＡＴ車に限る □他（　　）
自動車の主たる使用目的	□通学 □通園 □通所 □通院 □通勤 □生業 □帰省 □その他（　　）				

注1　身体障害者手帳、療育手帳、戦傷病者手帳又は精神障害者保健福祉手帳及び運転免許証を提示してください。
2　身体障害者等と生計を一にする者又は身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者等を常時介護する者が運転する場合には、身体障害者(18歳未満の場合のみ)又は知的障害者にあっては管轄する県地方局長(市の区域にあっては市福祉事務所長)、18歳以上の身体障害者にあっては市の区域は市福祉事務所長、町の区域は町長、戦傷病者にあっては県長寿介護課長、精神障害者(知的障害者を除く)にあっては管轄する保健所長が発行する証明書を添付してください。ただし、身体障害者等と生計を一にする者が運転する場合において、健康保険証の呈示により生計を一にすることが確認できるとき又は申請日前１月以内に発行された同一世帯の住民票の呈示があった場合は、証明書の添付は必要ありません。
3　構造上身体障害者等の利用に専ら供するための減免制度（構造減免）において自動車の利用者として申請した者が、当該申請を行った場合は、減免（身障減免）を受けることはできません。

受付	□新規 □継続 □代替 □番変		
旧車処理（代替）	□有 □無	番号	
	処理日	年　月　日	
	□廃車 □名変		
生計同一確認	□保険証 □住民票 □生計同一証明書		
事由		担当	