要綱様式第１号

生計同一の方が運転される場合に福祉事務所等が発行する証明書

受付印

自動車税減免申請理由証明（願）書

年　　月　　日

殿

宮崎県税条例第６４条の３の規定による減免を受けたいので、下記事項の証明をお願いします。

申請者　住　所
氏　名
（身体障がい者等との続柄　　）

自動車の登録番号　宮崎　　カナ

身体障がい者等のために運転する人	住　所				
	氏　名				
	身体障がい者等との続柄				
身体障がい者等	住　所				
	氏　名				
	生年月日	年　月　日（　歳）			
手帳	記号番号		障がい名		
	交付年月日	年　月　日	等　級		
自動車の利用状況	通学（所）、通院生業（勤務）先の名称 ※通所の場合は、利用しているサービス事業名を記載。	左の所在地・電話番号	月平均の利用日数	１卒業予定年月日 ２通学（所）通院見込期間 ３勤続（営業）期間	
	※	電話 （　）　―	日	年　月　日～ 年　月　日	
備考					

上記のとおり相違ないことを証明する。　　第　　号
年　月　日

㊞

※　「自動車の登録番号」について、新規登録に伴い未交付の場合は、県税・総務事務所での減免申請時に記入してください。

※　申請者（減免を受けようとする自動車の自動車税の納税義務者）の押印は不要です。