

受付印

宛 名 番 号

通 知 書 番 号

軽自動車税減免申請書(法人用)

令和 年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

申 請 者 (納 税 義 務 者)

所 在 地

電 話 番 号 (- -)

法 人 名

代 表 者 名

法 人 番 号 ()

秋田市市税条例第77条第1項および第2項又は第5項の規定に基づき、令和8年度分の下記の軽自動車税について、減免して下さるよう証明書類を添えて申請します。

税 額	円	納 期 限	令和8年6月1日
車 両 番 号 又 は 標 識 番 号		用 途	<input type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物 <input type="checkbox"/> 二輪 <input type="checkbox"/> 特殊 <input type="checkbox"/> その他
種 別	<input type="checkbox"/> 原付一種 <input type="checkbox"/> 原付二種乙 <input type="checkbox"/> 原付二種甲 <input type="checkbox"/> 四輪貨物 <input type="checkbox"/> 四輪乗用 <input type="checkbox"/> 軽二輪 <input type="checkbox"/> 二輪小型		
車 体 の 形 状	<input type="checkbox"/> 福祉仕様改造車両 <input type="checkbox"/> 非改造車両 ()		
所 有 者 住 所 氏 名 又 は 名 称	使用者が異なる場合はその名称 ()		
主 たる 定 置 場 の 所 在 地			

※ 以下の欄は、福祉仕様車両の減免を申請する場合は記入の必要はありません。

法 人 の 区 分	<input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する事業を行う社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 健康保険法に規定する指定訪問看護事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険法に規定する指定事業者
減 免 を 受 け よ う と す る 事 由	

【注】この申請書は、納期限前7日までに提出してください。この申請書を提出するときは、納税通知書兼領収証書そのまま(納税しないで)添付してください。「法人番号」欄には、納税義務者の法人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第16項に規定する法人番号をいう。)を記載してください。減免を受けようとする事由は、具体的に記載してください。