

受付印

軽自動車税(種別割)に係る生計同一証明書・常時介護証明願

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

電話

軽自動車税にかかる減免申請のため、下記の軽自動車は、専ら下記の障がい者のために、当該障がい者と生計を一にする、または、当該障がい者を常時介護する下記の者が運転者であることを証明してください。

身体障がい者	住所		
	氏名		
運転者	住所		
	氏名		身体障がい者との関係
車両番号または標識番号 備考	福井・朝日町・宮崎村・越前町・織田町		

上記のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

福祉事務所長

印

※ 注意事項

- この証明書は、1部を証明者控えとし、1部を越前町役場税務課に提出してください。