

# 自動車税に係る常時介護証明申請書

令和 年 月 日

湯沢市福祉事務所長 様

○申請者 氏

住所

氏名

電話番号

対象者との関係

次のとおり自動車税に係る常時介護の証明をしていただきたく申請します。

○対象者

氏名		職業	
住所	〒 (申請者住所と同じときは記入不要)		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	( 歳)
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 )	手帳の番号	
	障害の区分 ( )		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A )		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 1 級 )		

○自動車の運転者

氏名		対象者との関係	
住所	〒 (申請者住所と同じときは記入不要)		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	( 歳)
運転免許証番号	公安委員会 第 号		

○自動車の所有者

氏名		対象者との関係	
住所	〒 (申請者住所と同じときは記入不要)		
自動車登録番号			

注意：自動車検査証のコピーを添付してください。

なお、自動車取得税の減免を受ける場合、自動車登録番号の記入、自動車検査証のコピーの添付は不要です。

○自動車の使用目的

通院・通勤・通所・通学・その他 ( )
---------------------

\*障害者のみの世帯であり私が常時介護しているので、次の書類を添付いたします。

- 1 証明書 (病院又は施設長等) 2 自動車運行計画書 (週3日以上)