社会福祉法人等軽自動車減免証明願

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 軽自動車等の表示等 | 登録番号 |  | 車台番号 |  |
| 車名 |  | 取得年月日 | 年 月 日 |
| 所有者 | 住所（所在地） |  |
| 氏名（名称） |  |
| 使用者 | 住所（所在地） |  |
| 氏名（名称） |  |
| 使用の本拠の位置 |  |
| 使用目的 |  |
| 施設の名称及び代表者氏名 |  |
| 軽自動車税(種別割)の減免申請に必要ありますので、上記事項について証明くださるようお願いします。 年 月 日 様 申請者 住所(所在地) 氏名（名称）  |
| 上記事項は相違ないことを証明します。  年 月 日 市町村長 福祉事務所長 ㊞ |