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 ㊞ | | | | | | | | |