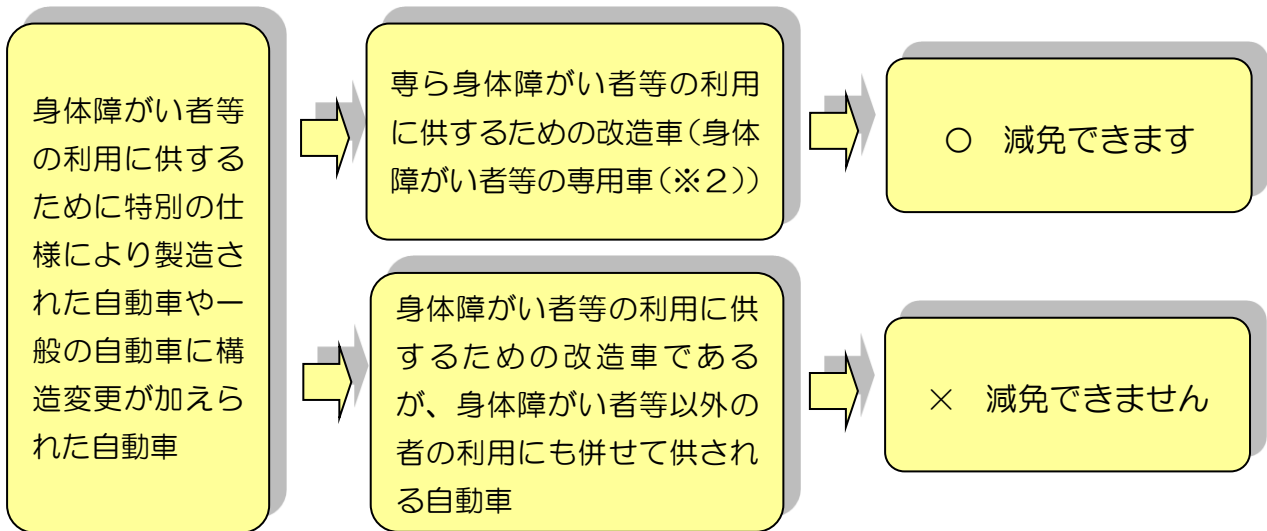


リフト付き福祉タクシー自動車税 減免申請チェック表

枠内の該当する項目の口にレ印を記入し、下記提出先まで本表をメールでご提出ください。

自動車税の減免条件	
<input type="checkbox"/>	申請車両は、 <u>身体障がい者等の利用に限定している。</u> （※1， ※2）
<input type="checkbox"/>	申請車両は、 <u>身体障がい者等の利用に限定していない。</u> （※1， ※2）
年 月 日	
【申請者（※3）氏名】	
【住所又は所在地】	



※1. 本表における「身体障がい者等」とは、身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者手帳をお持ちの方、または知的障がい・精神障がいのある方で単独での移動が困難であり、単独でのタクシーその他公共交通機関を利用することが困難な方をいいます。

※2. 身体障がい者等の利用に供するために改造した自動車のすべてが、減免の適用を受けられるのではなく、当該自動車を身体障がい者等の専用車として使用していることが条件となります。

※3. 納税義務者

【提出先】

大阪府福祉部障がい福祉室自立支援課
社会参加支援グループ
〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目
電話：06-6944-9176
メールアドレス：jiritsushien@sbox.pref.osaka.lg.jp