

軽自動車税種別割の減免申請について

身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方等で一定の条件を満たす方は、軽自動車税種別割の減免を受けることができます。

減免の申請は、毎年必要です。希望する方は、下記を参照のうえ手続きをしてください。

減免を受けられる車は、普通自動車を含めて1台に限ります。既に普通自動車税の減免を受けている場合は、軽自動車税種別割の減免を受けることはできません。また、営業用の車は減免を受けることはできません。

窓口の混雑が予想されます。継続申請の方は、できるだけ郵送による手続きをお願いします。

記

1 申請期限

令和4年5月31日(火) 厳守

2 減免を受けることができる場合

- (1) 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方自身が運転する場合
- (2) 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方のために生計を一にする方が運転する場合
身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方自身が納税義務者、もしくは、身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方と生計を一にする方が納税義務者である事が条件
- (3) 身体障害者等のみで構成される世帯で生活している身体障害者手帳等の交付を受けている方の所有する軽自動車等を、その交付を受けている方の常時介護者が、専らその交付を受けている方の通学・通院等または生業のために運転する場合

3 減免を受けることができる障害の範囲

4 ページ参照

4 窓口での申請

(1) 必要書類等

	減免を受けることができる場合	手続きに必要な書類等
(1)	身体障害者手帳等の交付を受けている方の所有する軽自動車等を、その交付を受けている方が運転する場合	同封の減免申請書 納税通知書 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等のうちお持ちの手帳 車検証の写し 納税義務者の運転免許証 納税義務者のマイナンバーを確認できる書類
(2)	身体障害者手帳等の交付を受けている方のために生計を一にする方が運転する場合 身体障害者手帳等の交付を受けている方自身が納税義務者、もしくは、身体障害者手帳等の交付を受けている方と生計を一にする方が納税義務者である事が条件	同封の減免申請書 納税通知書 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等のうちお持ちの手帳 車検証の写し 生計を一にする方の運転免許証 納税義務者のマイナンバーを確認できる書類
(3)	身体障害者等のみで構成される世帯で生活している身体障害者手帳等の交付を受けている方の所有する軽自動車等を、その交付を受けている方の常時介護者が、専らその交付を受けている方の通学・通院等または生業のために運転する場合	同封の減免申請書 納税通知書 身体障害者手帳等のうちお持ちの手帳 車検証の写し 常時介護者の運転免許証 納税義務者のマイナンバーを確認できる書類

いずれの場合も、来庁者の本人確認書類(免許証等)が必要です。また、来庁された方が同一世帯のご家族でない場合は、委任状が必要です。

マイナンバーを確認できる書類(マイナンバーカード、マイナンバーが記載された住民票の写し等)

税務課から必要書類をお願いする場合は、速やかにご対応お願いします。

(2) 提出場所

練馬区役所本庁舎 4 階 税務課 税証明・軽自動車税担当

練馬区豊玉北 6-12-1 03-5984-4536 (直通)

練馬区役所石神井庁舎 1 階 石神井区民事務所

練馬区石神井町 3-30-26 03-3995-1103 (直通)

5 郵送での手続き

窓口の混雑が予想されます。継続申請の方は、できるだけ郵送による手続きをお願いします。

(1) 必要書類

同封の減免申請書等

納税通知書

運転者の運転免許証の写し

身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の写し（継続のみ）

納税義務者のマイナンバーを確認できる書類の写し

マイナンバーを確認できる書類

（マイナンバーカードの写し、マイナンバーが記載された住民票の写し等）

マイナンバー欄が空欄の場合や、マイナンバーの確認書類がない場合は、区で確認させていただく場合がございます。ご了承ください。

新規の方は、身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳等の実物を同封してください。身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳に「軽自動車税種別割減免申請済」のゴム印を押してお返しします。

住所・氏名を記入した返信用封筒に簡易書留料金分の切手（320円）を貼って同封してください。

(2) 送付先

〒176-8501 練馬区豊玉北 6-12-1

練馬区役所 税務課 税証明・軽自動車税担当宛

石神井庁舎では、郵送での申請は受付していません。

新規で申請される方は、簡易書留をご利用ください。

郵便事故等を防ぐため、簡易書留等、追跡可能な方法で郵送していただくことをお勧めいたします。

問合せ先 練馬区役所 税務課 税証明・軽自動車税担当
03-5984-4536（直通）

【 3 減免を受けることができる障害の範囲】

(1) 身体障害者手帳および戦傷病者手帳をお持ちの方

障害の区分		身体障害者手帳	戦傷病者手帳
肢 体 不 自 由	上肢機能障害	1 級・2 級	特別項症 ～ 第 3 項症
	下肢機能障害	1 級～6 級	特別項症 ～ 第 6 項症 第 1 款症 ～ 第 3 款症
	体幹機能障害	1 級～3 級・5 級	特別項症 ～ 第 6 項症 第 1 款症 ～ 第 3 款症
	乳幼児期以前の非進行性の脳 病変による運動機能障害	上肢機能障害 移動機能障害	1 級・2 級 1 級～6 級
視覚障害（視力障害・視野障害）		1 級～3 級・ 4 級（4 級の 1）	特別項症 ～ 第 4 項症
聴覚障害		2 級・3 級	特別項症 ～ 第 4 項症
平衡機能障害		3 級・5 級	特別項症 ～ 第 4 項症
心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸の 各機能障害		1・3・4 級	特別項症 ～ 第 3 項症
音声機能または言語機能障害		3 級（こう頭摘出に 係るものに限る）	特別項症～第 2 項 症（こう頭摘出に係 るものに限る）
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		1 級～3 級	
肝臓機能障害		1 級～4 級	特別項症 ～ 第 3 項症

(2) 愛の手帳・療育手帳および精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

	総合判定
愛の手帳	1 度～3 度
療育手帳	重度相当（道府県によって差異あり）
精神障害者保健福祉手帳 （右記の 2 点に該当すること） 手帳をお持ちでない場合も 該当する場合があります。詳しく は、お問合せ下さい。	1 級（通院医療費番号の記載があること） 自立支援医療受給者証（精神通院）の交付があること

軽自動車税種別割減免申請書 (身体障害者等用)

(申請日) 令和 年 月 日

練馬区長殿

納税義務者 住所

氏名

個人番号

電話番号

身体障害者との続柄 ()

代理申請の場合 住所

氏名

納税義務者との続柄 ()

電話番号

記

にシ点または各欄へご記入ください。(記入例;)

1. 継続申請の場合

車両(標識)番号 _____ についての軽自動車税種別割の減免申請に係る減免理由等については、昨年度と変わりありません。

2. 申請内容

軽自動車等について 新規の方は、車検のある車両は自動車検査証の写しを添付してください

車両(標識)番号				車台番号		
主たる定置場	納税義務者住所と同じ 練馬区					
使用目的	通院・通所 通勤・通学 仕事 その他 ()					
種別	原付(排気量:) 二輪(排気量:) その他 三輪以上(添付の自動車検査証記載のとおり)					
用途	乗用 貨物	自家用・営業用	自家用 営業用	税額	円	

身体障害者手帳等について 手帳の写しを添付してください

(住所)	
(氏名)	(年齢) 歳
納税義務者と同じ 同一生計者 納税義務者との関係()	
種類	身体障害者手帳 愛の手帳 療育手帳 戦傷病者手帳 精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療受給者証(精神通院)
番号、交付年月日、障害名、障害の程度	上記手帳に記載のとおり

運転者およびその運転免許証について 運転免許証の写しを添付してください

(住所)	
(氏名)	(年齢) 歳
納税義務者と同じ 同一生計者 身体障害者との関係() 常時介護者 身体障害者との関係() 少なくとも1年以上継続して週3以上日常的に運転している者	
番号、交付年月日、有効期限、種類、条件	運転免許証記載のとおり

添付書類

軽自動車税納税通知書	納税義務者のマイナンバーを確認できる書類の写し
車検証の写し(原付・二輪の軽自動車は不要)	主な運転者の運転免許証の写し
身体障害者手帳等の写し(氏名・住所・障害の等級・障害名または程度等および備考欄が確認できるもの)	

職員処理欄	窓口申請者	1点	免在住パ障個	記録欄	記載忘れ その他 (理由:)	説明済み 郵送(継続)申請 案内で通知済 [その他]
		2点	健後介年(診)(キ)			
	その他					
	納税通知書			受付日・担当・備考		
	回収済 破棄等を案内済					

減免申請書の書き方(記入例)

		(申請日)	
練馬区長 殿	納税義務者 住所	練馬区豊玉北6-12-1	
	氏名	練馬 太郎	※押印不要です。
	個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9	
	電話番号	03-3993-1111	
	身体障害者との続柄	(夫)	
	代理申請の場合 住所		
	氏名	納税義務者 () との続柄	
	電話番号		
	記		
<input type="checkbox"/> にレ点または各欄へご記入ください。(記入例; <input checked="" type="checkbox"/>)			
1. 継続申請の場合			
<input type="checkbox"/> 車両(標識)番号 _____ についての軽自動車税種別割の減免申請に係る減免理由等については、昨年度と変わりありません。			
2. 申請内容			
(1) 軽自動車等について ※車検のある車両は自動車検査証の写しを添付してください			
車両(標識)番号	練馬580あ1234	車台番号	AM70V-123456
主たる定置場	<input checked="" type="checkbox"/> 納税義務者住所と同じ 練馬区 → 「納税義務者住所と同じ」場合は、記入は不要		
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 通院・通所 <input type="checkbox"/> 通勤・通学 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 ()		
種別	<input type="checkbox"/> 原付(排気量:) <input type="checkbox"/> 二輪(排気量:) <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 三輪以上(添付の自動車検査証記載のとおり)		
用途	<input checked="" type="checkbox"/> 乗用 <input type="checkbox"/> 貨物	自家用 営業用	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用 <input type="checkbox"/> 営業用
税額	10,800 円		
(2) 身体障害者手帳等について ※手帳の写しを添付してください			
(住所) 練馬区豊玉北6-12-1			
(氏名) 練馬 花子 (年齢) 58 歳			
<input type="checkbox"/> ① 納税義務者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ② 同一生計者 納税義務者との関係(妻)			
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療受給者証(精神通院)		
番号、交付年月日、障害名、障害の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 上記手帳に記載のとおり		
(3) 運転者およびその運転免許証について ※運転免許証の写しを添付してください			
(住所) → 「①納税義務者と同じ」場合は、住所・氏名の記入は不要			
(氏名) (年齢) 歳			
<input checked="" type="checkbox"/> ① 納税義務者と同じ <input type="checkbox"/> ② 同一生計者 身体障害者との関係() <input type="checkbox"/> ③ 常時介護者 身体障害者との関係() ※少なくとも1年以上継続して週3以上日常的に運転している者			
番号、交付年月日、有効期限、種類、条件	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証記載のとおり		

注意: 前年度と違う申請内容の場合

車両の買い替えや納税義務者の変更があった場合は、新規申請扱いとなります。

申請書記入の上、必要書類を添付して、窓口で申請してください。

必要書類については、「軽自動車税種別割の減免申請について」をご覧ください。