

車いす移動車に係る自動車税・自動車取得税の減免申請について

平成20年10月1日以降の申請分から

○車いす移動車に係る減免申請の様式が変わります。

○「車いすを利用する必要があることを明らかにする書類」の添付が必要となります。

身体障害者等の利用に供するために特別の仕様による装置が取り付けられている自動車については、自動車税・自動車取得税の減免の制度がありますが、次の2つの要件を満たしている場合、申請に基づき、自動車税・自動車取得税が減免されます。

<減免の要件>

- ① 身体障害者・重度精神障害者の利用に供するための特別の仕様による装置を取り付けられている自動車（注）であること
- ② 専らこれらの者の利用に供している自動車であること

（注）1 「特別の仕様による装置を取り付けられている自動車」とは、身体障害者等の利用に供するため、車いす昇降装置・車いす固定装置等を装着するなど、特別の仕様により製造され、または構造変更が加えられた自動車をいい、単に用具等を備えてあるような場合は含まれません。

2 対象となる自動車は、自家用・営業用の別を問いません。

この減免を受ける自動車のうち、車いす移動車（自動車検査証の「車体の形状」欄に「車いす移動車」と記載されている自動車）については、平成20年10月1日以降の申請分から、減免申請書の「使用目的」欄の記入及び次の添付書類の提出をお願いします。

<使用目的欄への記載項目>

車いす利用者の住所・氏名、減免申請者との関係、自動車の運行内容等

<添付書類>

車いすを利用する必要があることを明らかにする書類で次のいずれかのもの

～個人の方の申請の場合～

- ◆ 医師の診断書（所定のもの）
- ◆ ケアマネージャーが原本証明した居宅サービス計画書（1）及びサービス利用票の写し
- ◆ 市町村が交付する補装具費決定通知書の写し
- ◆ 法人でない福祉施設等が申請する場合は、事業内容を確認できる書類
- ◆ その他申請書記載の車いす利用者が車いすを利用する必要があることを明らかにする書類

～法人の方の申請の場合～

- ◇ 事業内容を確認できる書類

申請書の記載例については、裏面をご覧ください。

減免の対象車は、通常の身体障害者等減免の対象車とあわせて、障害者一人につき一台の自動車の減免に限られます。

車いす移動車についての減免要件の確認のためのものですので、みなさまのご理解とご協力をお願いします。

<申請書記載例>

(車いす移動車用)

平成 20 年 10 月 1 日

東青地域県民局長 様

申請者住所 青森市新町1丁目4-30

氏名又は
名称 青森 太郎 ㊞
(電話(017) 734 - 9974)

身体障害者等の利用に供する自動車に係る 自動車税 減免申請書
自動車取得税

青森県県税条例 第151条の2第5項 第193条の13第4項 の規定により、下記のとおり申請します。

減免申請額					
自動車税	13,700	自動車取得税	120,000	計	133,700

自動車	登録番号	青森800さ1234			身体障害者等の特別の仕様に係る装置	装置の名称	<input type="radio"/> ア 車椅子昇降装置 <input type="radio"/> イ 車椅子固定装置 <input type="radio"/> ウ 身体障害者等用運転装置 <input type="radio"/> エ その他 [スロープ板]	
	定置場	青森市				(該当するものの記号に○を付けてください。「エ その他」の場合には装置の名称を記入してください。)	装置の用法	(上記の「エ その他」に○を付けた場合に記入してください。)
	種類	普通						
	用途	特種						
	車名	トヨタ						
	型式	A...EF50						
	車体の形状	車いす移動車						
	取得年月日	平成20年10月1日						

減免を受けようとする自動車の使用者が、社会福祉法人、医療法人、タクシー会社等車いす利用者の送迎等を業務にしている法人又は法人でない福祉施設等である場合は「住所」欄に当該法人又は福祉施設等の所在地を、「氏名」欄に名称を記入し、「生年月日」「電話番号」「申請者との続柄」「添付書類」欄は記入を省略してください。

使用目的	住所	青森市長島1丁目1-1			<添付書類> 車いすを利用する必要があることを明らかにする書類(次のいずれかにチェック印を付し、減免申請書に添付してください。) 【個人の場合】 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の診断書(所定のもの) <input type="checkbox"/> ケアマネージャーが原本証明した居宅サービス計画書(1)及びサービス利用票の写し <input type="checkbox"/> 市町村が交付する補装具費決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 法人でない福祉施設等が申請する場合は、事業内容を確認できる書類 <input type="checkbox"/> その他 【法人の場合】 <input type="checkbox"/> 事業の内容を確認できる書類
	氏名	弘前 花子			
	生年月日	昭和2年10月2日			
	電話番号	0172-3...4341			
	申請者との関係	祖母			
	自動車の運行内容	目的	使用回数	週1回(月曜日)	
名称・所在地	青森県立中央病院				

(例)利用者が親族でない場合でもその関係がわかるように記載してください。

(例)リハビリのための送迎施設利用者の送迎身体障害者専用タクシー

詳しくは、東青地域県民局県税部課税第三課へご連絡ください。

(問い合わせ先) 電話番号(直通) 017-734-9974
 東青地域県民局県税部 所在地 〒030-8530 青森市新町2丁目4-30 県庁舎北棟3階

県税・市町村税インフォメーション <http://www.pref.aomori.lg.jp/life/tax/top.html>