

(様式第1号)

同 一 生 計 証 明 書

年 月 日

長野県 長 様
福祉事務所長 様
町村長 様

住所 _____

氏名 _____

自動車税等に係る減免の申請（変更届出）のため、下記のとおり自動車の所有者及び運転者は、障がい者と生計を一にする者又は障がい者本人であることを証明してください。

記

1 減免の申請（変更届出）をする自動車

登 録 番 号	_____
---------	-------

※申請自動車が運輸支局または検査登録事務所での新規・移転・変更登録前で、登録番号が不明な場合は記載不要です。

2 障がい者氏名及び手帳

身体障害者手帳等の種類・番号	障がい者の氏名
身体障害者手帳・戦傷病者手帳 療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 第 号	

3 自動車の所有者(所有権留保付自動車の場合は使用者)及び運転者の生計同一の有無

	住 所	氏 名	障がい者との続柄	生計同一の有無
所有者				あり・なし
運転者				あり・なし

(戦傷病者相談員の意見) 戦傷病者相談員 氏名: _____ ㊦

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明番号 第 号 年 月 日

長野県 長

福祉事務所長

町村長

㊦

注1 自動車取得税、自動車税（環境性能割・種別割）、軽自動車税（環境性能割）の減免申請等のための証明書です。

2 この証明は、手帳を受け取った機関（市福祉事務所、町村役場等）へ申請してください。

3 戦傷病者として証明を受ける場合は、「戦傷病者相談員の意見」を求めてから健康福祉部地域福祉課長障がい者と生計を一にする方が運転するする場合に必要です。

4 この証明書 さい。 お住まいの市町村の障がい福祉担当課で発行しています。 出してくだ