

自動車取得税照会・回答票

照会日時 平成 年 月 日

<照会先 照会先に○を記入のこと>

石川県税務課分室(直江東) あて FAX:076-239-3635 TEL:076-239-3631	
石川県税務課 あて FAX:076-225-1275 TEL:076-225-1273	

<照会元 TEL番号も必ず記入してください>

業者名	
担当者名	
FAX番号	
TEL番号	
登録予定日	

下記の車両にかかる自動車取得税の課税標準額及び税額について照会します。

照 会 欄							回 答 欄		
No.	初度登録 年 月	ナンバー	車名・仕様 (グレード等)	車台番号	類別 区分	次回 登録	課税標準額 (千円)	税額(円)	備考
				型 式					
1	年 月					自・営			
2	年 月					自・営			
3	年 月					自・営			
4	年 月					自・営			
5	年 月					自・営			

※1 型式、類別区分番号が同一で、仕様の違いにより価格設定が複数あるものがあるため、仕様はできるだけ詳しく記入してください。

※2 この照会票の代わりに、車検証等でも使用可能です。