通　院　証　明　願

年　　月　　日

申請者（身体障がい者等）

住所

氏名

「身体障がい者等に対する軽自動車税（種別割）の減免」の申請

に必要なため、次のことについて証明をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証　明　書 | | |
| （身体障がい者等）氏　名 | | 生　年　月　日 |
|  | | 年　　　月　　　日 |
| 病　　　　　名 |  | |
| 通　院　日　数 | １ヶ月　平均　　　　日 | |
| 備　　　　　考 |  | |
| 上記内容に相違なく、通院加療を要することを証明します。  年　　月　　日  住所又は所在地  病院名  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |

※この証明書は、減免事由の内容を確認するために必要とするものです。

　障がい者本人以外の人が運転する場合のみ提出してください。