別紙様式４

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。

（枠内はもれなく記入をお願いします。）

|  |
| --- |
| 証明書 |
| １　（身体障がい者等）　氏　　　　名 | ２ 　生　 　年　　 月　　 日 |
|  | 年　　月　　日 |
| ３　病名 |  |
| ４　通院期間※1年以上の見込期間を記載してください。 | 　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| ５　通院日数 | 1ヶ月　平均　　　　　　　　日 |
| ６　通院手段 | 自　家　用　車 |
| ７　備考 |  |
| 　　上記内容に相違なく、通院加療していることを証明する。　　　　年　　　月　　　日　　　住所又は所在地　　　病院名　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　備考　1　この証明書は、減免事由の内容を確認するため必要とするものです。

　　　　2　2ヶ所の病院にそれぞれ2ケ月毎に通院しており、結果月1回の通院となる場合、

　　　　　 通院証明書を2通提出してください。