

## 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<br>年 月 日 |
| 3 病 名   |                    |
| 4 通院期間<br>※1年以上の見込期間を記載<br>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   |                    |
| <p>上記内容に相違なく、通院加療していることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所又は所在地</p> <p>病 院 名</p> <p>代 表 者 氏 名 ㊟</p> |                    |

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。

備考 2 2ヶ所の病院にそれぞれ2ヶ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。