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。 |

（枠内は漏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 | | |
|  | | | | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

備　考　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。