軽自動車税(種別割)等に係る常時介護証明書

第　　号
年　　月　　日

印

下記のとおり、当該軽自動車は、日常的に当該身体障がい者等のために当該身体障がい者等を常時介護する者が運転するものであることを証明する。

記

軽自動車の登録番号	宮崎				ｶﾅ				

使用目的	□ 通院　□ 通学（通所）　□ 生業等			
対象軽自動車の所有者	住所			
	氏名		□身体障害者手帳 □療育手帳	□戦傷病者手帳 □精神障害者保健福祉手帳
身体障がい者等の世帯構成及び手帳の所持状況	氏名		□身体障害者手帳 □療育手帳	□戦傷病者手帳 □精神障害者保健福祉手帳
	氏名		□身体障害者手帳 □療育手帳	□戦傷病者手帳 □精神障害者保健福祉手帳
	氏名		□身体障害者手帳 □療育手帳	□戦傷病者手帳 □精神障害者保健福祉手帳
	氏名		□身体障害者手帳 □療育手帳	□戦傷病者手帳 □精神障害者保健福祉手帳
常時介護者	住所	電話番号　　－　　－		
	氏名			
	運転免許証の番号			
軽自動車の利用状況	通学(所)、通院生業(勤務) 先の名称 通所の場合は、利用しているサービス事業名を記載	左の所在地・TEL	月平均の利用日数	1 卒業予定年月日 2 通学(所)通院見込期間 3 勤続(営業)期間
			日	年　月　日 ～ 年　月　日
備　　考				

※「身体障がい者等の世帯構成及び手帳の所持状況」の欄が不足する時は「備考」欄に名前と所持している手帳を記入してください。

※ 「身体障がい者等の世帯構成及び手帳の所持状況」は、対象軽自動車の所有者を除いて記入してください。

※ 手帳の所持状況については、所持している手帳名の前の□に✓してください。