

通院証明願

年 月 日

申請者（身体障がい者等）

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）

「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

1. 氏 名

2. 病 名

3. 今後の受診見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日

4. 月平均通院見込日数（ 日）

5. その他（所見）

上記のとおり通院を要することを証明する。

年 月 日

病院名

医師名

印

※この証明書は入院の場合は該当しません。

※受診期間は見込みうる限り、申請日を含む将来の期間を証明してください。