

通 院 証 明 願

令和 年 月 日

殿

<申請者氏名（身体障害者）>

住 所：国富町大字

氏 名：

生年月日： 年 月 日
(歳)

『身体障害者等に対する軽自動車税の減免』の申請に必要ですので、以下の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 令和 年 月 日～令和 年 月 日

4. 月平均の通院見込日数 約 日

5. 特記事項（その他）

上記のとおり特別な事情により送迎が必要であることを証明する。

令和 年 月 日

病 院 名：

代表者氏名：

電 話 番 号：

印

※この証明は、国富町税条例第90条第3項によるものです。

（この証明は、軽自動車税の減免申請事由を確認するためのものです。）