通院証明願

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

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　　　(約　　　　日)　5　その他(所見)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　上記のとおり通院していることを証明する。　　　　　　　年　　月　　日病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話　(　　　　)　　　―　　　　　 |

　　※この証明は、新富町税条例第90条第2項によるものです。

　　※この証明は、軽自動車税（種別割）の減免事由を確認するためのもので、原則として入院の場合は、該当しないものです。