

# 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。