通学（通所）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　学校名（施設名）  　　　　　　（住　所）  　3　学年　　　　第　　　学年  　4　今後通学(通所)を要する見込期間　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日  　5　月平均の通学(通所)見込日数　　　　(約　　　　日)  　6　通学(通所)において軽自動車等を利用する距離　　　　km(片道)  　7　特記事項(その他)  　上記のとおり通学(通所)していることを証明する。  　　　　　　　　年　　月　　日  学校又は施設名  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す。