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。