

(任意様式2)

## 通院（通所）証明願

年 月 日

(宛先) 津 幡 町 長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

障害者に対する軽自動車税の減免申請に必要なため、次に関する証明をお願いします。

| 証 明 書                                                                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 氏名（障害者等）                                                                                                                               |           |
| 生 年 月 日                                                                                                                                | 年 月 日     |
| 病 名                                                                                                                                    |           |
| 受診期間（見込含む）                                                                                                                             | 年 月 ～ 年 月 |
| 通院（通所）日数                                                                                                                               | 月平均 日     |
| その他（特記事項）                                                                                                                              |           |
| <div>上記のとおり相違ないことを証明する。</div> <div>年 月 日</div> <div>住 所 また は 所 在 地</div> <div>医 療 機 関 また は 施 設 名</div> <div>医 師 氏 名</div> <div>印</div> |           |

※病院等の送迎車による通院は、減免の対象にはなりません。