

通院（通所）証明願

申請人（身体障害者等）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

身体障害者等に対する軽自動車税（種別割）減免申請に必要なため
次のことに関する証明をお願いします。

証 明 願	
1. (身体障害者等) 氏 名	2. 生 年 月 日
	年 月 日
3. 病 名	
4. 受 診 期 間 (見込みを含む)	年 月 日 ~ 年 月 日
5. 通 院 (通所) 日 数	月 平 均 日
6. そ の 他 (特記事項)	
上記のとおり相違ないことを証明する。	
令和 年 月 日	
住所又は所在地	
医療機関又は施設名	
代表者氏名 ㊟	

備考

- ・身体障害者等に対する軽自動車税（種別割）の減免は多久市税条例によるものです。
- ・この証明書は、当該減免事由の内容を確認するため必要とするものです。
- ・減免の対象となるのは、一年間の見込み通院期間が半年以上で、かつ、通院日数が月4回以上の方です（通所の方は通所期間半年以上）。