

通 院 証 明 書

この証明書は、軽自動車税の減免申請に必要な身体障害者等の通院状況を確認するためのものです。証明をお願いします。

令和 年 月 日

申請者 住所 _____
(納税義務者) 氏名 _____ (印)
電話 _____
身体障害者等との関係 _____

1 身体障害者等氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

2 障害名又は病名 _____

3 通院見込期間

・通院開始日 _____ 年 月 日

・通院終了(予定)日 _____ 年 月 日 (_____)

※ 通院が終了する時期を見込むことが極めて困難な場合は、()の中に「〇〇年〇〇月予定」又は「〇〇年予定」若しくは「当分の間通院を要する」と記入してください。生涯にわたり通院を継続する必要がある場合は、「生涯通院を必要とする」のように記入してください。

4 今後の通院見込日数

週平均 _____ 日 月平均 _____ 日

5 過去3ヵ月の通院回数

証明日の属する月の前月から過去3ヵ月の通院回数を各月毎に記入してください。

_____ 月 回 ・ _____ 月 回 ・ _____ 月 回

(例えば、証明書発行日が5月10日の場合、2月・3月・4月の通院回数を記入することになります。)

6 送迎バスの利用

有 ・ 無

上記のとおり通院を継続していることを証明する。

令和 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____ (印)

受診科 _____

担当医氏名 _____ (印)

電話番号 _____

※ 上記必要事項が記載される場合は、医療機関の書式を使用してもかまいません。

<問い合わせ先> 南幌町役場 軽自動車税担当

電話 011-378-2121