

通 院 等 証 明 書

(住 所)

(氏 名)

(生年月日) M・T・S・H 年 月 日

上記身体障害者等の方については、当 _____ へ

週 _____ 回
通 院
通 学
通 所
通 勤
()
していることを証明します。

令和 年 月 日

(証明者) 住 所

名 称

代表者

㊞

(※医院の場合は担当主治医の印でも結構です)

(証明者の方へのお願い)

この証明書は、上記身体障害者等の方がお持ちの（購入予定の）軽自動車等を、上記の目的に使用するため、身体障害者等に対する軽自動車税等減免申請に必要な証明書です。

したがって、入院、入所、往診の場合及び、施設等が自宅まで送迎している場合は、証明しないでください。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

・和歌山市市民税課 軽自動車税班 (電話) 0 7 3 - 4 3 5 - 1 0 3 5 (直通)