

通院等証明書 【軽自動車税減免申請用】

(生計同一運転用)

自動車の登録番号 (車両番号)

身体障がい者等

住所

氏名

通学 (院・園・所) 又は勤続先等の名称

生計同一者氏名

令和 年 月 日

[通学 (園・所) の方の証明欄]

上記の者は、当校 (園・所) に、上記生計同一者の運転する自動車により通学 (園・所) しているものであることを証明します。

学校 (園・所) 長 _____ 印

電話番号 () _____

[通院の方の証明欄]

上記の者は、(疾病名) の治療のため、上記生計同一者の運転する自動車により通院しているものであることを証明します。

病院 (診療所) 長 _____ 印

電話番号 () _____

[通勤の方の証明欄]

上記の者は、当方に上記生計同一者の運転する自動車により通勤しているものであることを証明します。

勤務先の代表者 _____ 印

電話番号 () _____

[その他の方の証明欄]

上記の者は、(理由) のために上記生計同一者の運転を必要とするものであることを証明します。

民生委員 _____ 印

電話番号 () _____

※ 各証明欄のうち、自動車の使用目的に応じて該当する欄に証明してもらってください。