

通 院 証 明 書

年 月 日

申請者（身体障害者等）

住 所

氏 名

（生年月日：T・S・H 年 月 日）

身体障害者等に対する「軽自動車税（種別割）減免申請」の添付書類として必要なため、次のことに関する証明をお願いします。

1. 病 名	
2. 通 院 状 況	1ヶ月 回以上 治療のため通院
3. 通 院 見 込 （証明の日から1年間以上の通院見込）	年 月 日～ 年 月 日
4. そ の 他 （特記事項）	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

病院（診療所）住所

病院（診療所）名称

医 師 名 ㊞