

任意様式

通院証明書

通院者 住所

通院者 氏名

年 月 日生

運転者氏名

(生計同一者・常時介護者)

上記の者は、週1回以上又は月4回以上当医療機関に通院治療中であり、6か月以上継続して通院治療している又は通院治療する見込みであることを証明します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名称

医療機関の長名

電話番号

※記入に関する注意

- ・運転者氏名欄は生計同一者（家族等）か常時介護者（障がいをお持ちの方のみの世帯でその障がい者の方を常時介護する方）のどちらかに○印をつけ、その方の氏名を記入してください。
- ・軽自動車税（種別割）減免申請のためには、通院回数が週1回以上又は月4回以上必要であること。
- ・証明日が申請日前1か月以内のものを提出してください。