

(様式2)

通院証明書

年 月 日

申請者（身体障害者等）

住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日

「身体障害者等に対する自動車税（種別割・環境性能割）の減免」の申請に必要なため、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 { 1・2・3・4 回 } 以上 その他 (回) } 以上 治療のため通院している。
3 通 院 見 込 (証明の日から1年間以上の通院見込み)	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 印	

(注) 通院状況は該当する回数に○印をし、その他の場合は回数を記入してください。

高 知 県