

(様式 1)

通 院 証 明 書

令和 年 月 日

申請者（身体障害者等）

住所

氏 名

生年月日

年 月 日

「身体障害者等に対する自動車税（環境性能割・種別割）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 } 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年間以上の通院の見込み) 令和 年 月 日～令和 年 月 日
4	その他の(特記事項)
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 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