

(様式3)

通 勤 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 通 勤 日 数	1ヶ月 回以上
2 そ の 他 (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 勤務地の所在地 勤務地の名称 代表者氏名 印	

高 知 県