

(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年間以上の通院の見込み)	令和 年 月 日～令和 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。 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