

通院証明願

令和 年 月 日

様

申請人（身体障害者等）

住所

氏名

身体障害者等に対する自動車税・自動車取得税の減免申請に必要なため
次のことに関する証明をお願いします。

証 明 書	
1. (身体障害者等) 氏名	2. 生年月日
	年 月 日
3. 病 名	
4. 受診期間 (見込み含む)	年 月 日 ~ 年 月 日
5. 通 院 日 数	月平均 日
6. 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 住所又は所在地 医療機関名 医師氏名 印	

備考

- ・ 身体障害者等に対する自動車税・自動車取得税の減免は佐賀県県税条例によるものです。
- ・ この証明書は、当該減免事由の内容を確認するため必要とするものです。
- ・ 病院等の送迎車による通院は、減免の対象になりません。
- ・ あんま・鍼灸は、減免の対象になりません。