

通所証明願

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. 通所期間 (見込み含む)	年 月 日 ~ 年 月 日
4. サービスの 種類 (該当するもの に 印を付け てください)	21 療養介護 41 自立訓練（機能訓練） 42 自立訓練（生活訓練） 43 就労移行支援 45 就労継続支援（A型） 46 就労継続支援（B型） 61 児童発達支援 62 医療型児童発達支援 63 放課後等デイサービス ----- 99 その他 就労支援や職業訓練の有無等、受けているサービス内容を詳しく記入してください。
5. 通所 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 施設名 代表者 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。
- ・ 施設等の送迎車による通所は、減免の対象になりません。
- ・ サービスの種類が『99 その他』の場合は、職業訓練等を行っていることが必要ですので、施設パンフレットや契約書の写し等、サービス内容が確認できるものを添付してください。