

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種別割・自動車税環境性能割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種別割・自動車税環境性能割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。

お預かりした個人情報は、適正な事務処理のためにのみ使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムをご覧ください。
(<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html>)