

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. 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 職業訓練や就労支援の有無等、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。
- ・ 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。

お預かりした個人情報、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>)