

自動車税の減免に係る証明書

< 通 所 用 >

令和 年 月 日

徳島県東部県税局長 殿

施設の所在地

施設の名称

代表者氏名

印

当施設に通所している障がい者等について、次のとおり証明します。

1 身体障がい者等	住所			
	氏名			
2 主な送迎者	氏名			
	障がい者との続柄		運転免許証の番号	
3 使用自動車	徳島			
4 送迎区間	自宅～	まで 約	km	
5 通所回数	週 回 ※週2回以下の場合は、最近6ヶ月の通所日を記入			
	月:		月:	
	月:		月:	
	月:		月:	
6 自宅までの送迎サービスの利用	有 無 有のとき 行きのみ週 回、 帰りのみ週 回、 往復週 回送迎サービス利用			
7 通所予定期間	年 月 日まで 又は 退所予定なし			

<注>

- ・お手数ですが、主に使用している自動車を確認の上、ご証明ください。
- ・通所回数の8割以上(例:月に20回通所している場合、16回以上)かつ月に4回以上送迎していること及び半年以上通われる予定があることが減免要件です。