

自動車税の減免に係る証明書
< 週末帰省用 >

令和 8 年 4 月 8 日

徳島県税局長 殿

施設の所在地 徳島市宍神町〇〇123
施設の名称 障害者支援施設 県税
代表者氏名 徳島 太郎 印
電話番号 088-641-〇〇〇〇
担当者名 香川

当施設に入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	徳島市宍神町〇〇111			
	氏名	阿波 花子			
2 主な送迎者	氏名	阿波 次郎	障がい者 との続柄	父	
3 使用自動車	徳島	500ら〇〇〇〇			
4 帰省日	最近6か月の帰省日及び外出日を記入してください。				
【記載例 3月	6~8	14(日帰り)	20~23	27~4/8】	
10月	5~6	12~14	19~20	26~27	
11月	2~4	9~10	16~17	23~24	30~12/1
12月	7~8	14~15	21~22	28~1/5	
1月	11~13	18~19	25~26		
2月	1~2	8~9	15~16	22~24	
3月	1~2	8~9	15~16	22~23	29~30
5 入所予定期間	令和 年 月 日まで 又は 退所予定なし				
6 施設による制限等	施設内で感染症発生	無 有 期間()			
	本人が感染症を発症	無 有 期間()			
7 その他					

<御担当者様へ>

- ・お手数ですが、主に使用している自動車を確認の上、御証明ください。
- ・送迎者や使用自動車が複数であるなど必要と思われる事項は、7に記入してください。
- ・「月に4回程度帰省していること」及び「半年以上入所予定があること」が減免要件です。それらを満たさな場合は、念のため、御本人に御確認ください。