

自動車税の減免に係る証明書

< 通 所 用 >

令和 年 月 日

徳島県県税局長 殿

施設の所在地

施設の名称

代表者氏名

電話番号

担当者名

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	
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、直近6か月の通所日数を記入		
	月 通所日数:	日	月 通所日数:	日
	月 通所日数:	日	月 通所日数:	日
6 自宅までの送迎サービスの利用	有 無	有のとき 往復とも週 回、片道のみ週 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			
8 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。
- ・申請車両で「通所回数の8割以上」かつ「月に4回以上」送迎していること(片道のみでも1回と数えます。)及び「半年以上通われる予定があること」が減免要件です。
- ・感染症の発生による通所制限の期間等、特記事項がある場合は「8 その他」欄に記入してください。