

自動車税の減免に係る証明書

< 通 所 用 >

令和 8 年 4 月 8 日

徳島県県税局長 殿

施設の所在地 徳島市応神町〇〇123

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	徳島市応神町〇〇111		
	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 送迎区間	自宅～	施設	まで 約	1.5 km
5 通所回数	週 2 回 ※週2回以下の場合は、直近6か月の通所日数を記入			
	10 月 通所日数:	8日	12 月 通所日数:	7日
	11 月 通所日数:	7日	1 月 通所日数:	4日
			2 月 通所日数:	5日
			3 月 通所日数:	6日
6 自宅までの送迎サービスの利用	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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。