

身体障がい者等自動車税減免申請用

通院証明書

令和 8年 4月 8日

徳島県県税局長 殿

住所 徳島市宍神町宍神産業団地 1-5
医療機関 宍神病院
担当医師名 阿南 太郎 印
電話番号 088-641-0000

障がい者住所 鳴門市〇〇町〇〇字〇〇123

氏名 鳴門 太郎 S・(H) R15年 4月 8日生

上記の者について、次のとおり証明いたします。

1. 病名 心不全

2. 初診日 (令和) 平成 3年 12月 18日

3. 最近3か月間の通院日 (証明月含み3か月若しくは証明月前3か月分をお願いします。) 病院の車両での送迎サービスや、介護タクシーを利用した日は含まないでください。 介護保険適用の日は含まないでください。

令和8年 1月	16日	23日	30日	日	日	日	日	日
令和8年 2月	6日	13日	20日	27日	日	日	日	日
令和8年 3月	6日	13日	20日	27日	日	日	日	日

4. 今後の必要治療期間 (見込み) (6か月以上) ・ 6か月未満 (月)

5. 最近1年以内の入院 無・(有) (入院期間 令和 8年 1月 6日~令和 8年 1月 10日)

備考

身体障がい者等に対する自動車税の減免に必要な証明です。

病名・初診日：主な病気のことを記入してください。

通院日：証明日において、その月の通院予定が終わってしましたら、その月も含めて3か月の間の通院日を記入してください。

今後の治療期間：6か月以上か6か月未満に○印を付けてください。(未満なら月数も記入)

注 月に4回以上通院されていること、及び治療見込みが6か月以上であることが減免要件です。 それらを満たさない場合は、念のため、ご本人にご確認ください。