

## 自動車税の減免に係る証明書

## &lt; 週末帰省用 &gt;

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

電話番号

(担当者名 )

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                       |       |              |  |  |  |  |
|             | 氏名                       |       |              |  |  |  |  |
| 2 主な送迎者     | 氏名                       |       | 障がい者<br>との続柄 |  |  |  |  |
| 3 使用自動車     | 徳島                       |       |              |  |  |  |  |
| 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】      |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 月           |                          |       |              |  |  |  |  |
| 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       |                          |       |              |  |  |  |  |

&lt;御担当者様へ&gt;

- ・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。