身体障がい者自動車税減免申請用

通院証明書

令和 年 月 日									
徳島県東部県税局長 殿									
住 所 医療機関名 担当医師名 電 話 番 号					印				
障がい者住所									
氏名 S・H・R 年 月 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									
2. 初診日 令和・平成 年 月 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	年	月	日	日	日	日	日	日	日
令和	年	月	日	日	日	日	日	日	日
令和	年	月	日	日	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. 最近一年以内の入院 無・有（入院期間 令和 年 月 日～令和 年 月 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、御本人に御確認ください。