

自動車税の減免に係る証明書

< 週末帰省用 >

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

印

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 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							

<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。
- ・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。それらを満たさない場合は、念のため、御本人に御確認ください。