

自動車税の減免に係る証明書

< 週末帰省用 >

令和 7 年 4 月 8 日

徳島県東部県税局長 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	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4321					
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】		
	10月	5～6	12～14	19～20	26～27		
	11月	2～4	9～10	16～17	23～24	30～12/1	
	12月	7～8	14～15	21～22	28～1/5		
	1月	11～13	18～19	25～26			
	2月	1～2	8～9	15～16	22～24		
	3月	1～2	8～9	15～16	22～23	29～30	
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。それらを満たさな場合は、念のため、御本人に御確認ください。