年　　月　　日

合志市福祉事務所長　様

申請者(身体障がい者等)

　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名

生年月日　　　年　　月　　日

常時介護証明願

合志市税条例第90条に規定する身体障がい者等に対する軽自動車税の減免申請に必要なため、以下の証明をお願いします。

年　　月　　日

　合志市長　様

合志市福祉事務所長

令和　年度常時介護証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 身体障がい者等 | 氏名 | (　　　歳) |
| 住所 |  |
| 手帳番号 |  |
| ２ | 運転者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 身体障がい者等との関係 |  |
| 運転免許証番号 |  |
| 上記1の身体障がい者等(身体障がい者等のみで構成される世帯のものに限る。)を上記2の者が常時介護することを証明する。  　　　　　　年　　月　　日  合志市福祉事務所長　印 | | | |

※この証明は、合志市税条例第90条に規定する軽自動車税の減免を受けるため、「身体障がい者等(身体障がい者等のみで構成される世帯のものに限る。)のために当該身体障がい者等(身体障がい者等のみで構成される世帯のものに限る。)を継続して(1年以上)日常的(週3回程度以上)に介護する運転者である」ことを証明するものです。