年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

申請者(身体障がい者等)

住所

氏名

生年月日　　　年　　月　　日

通院証明願

　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、次の証明をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 通院証明書 | |
| 1　氏名 |  |
| 2　病名 |  |
| 3　今後の受診見込期間  ※通院期間が申請の日以降6箇月以内の場合対象外 | 年　　月　　日　～  年　　月　　日 |
| 4　月平均通院見込日数  ※最低月１回以上。ただし、新型コロナウイルス感染拡大防止対策期間を除く。当該期間収束後には上記頻度での通院加療を要する。 | 約　　　　　日／月 |
| 5　その他(所見) |  |
| 上記のとおり通院していることを証明する。  　　　　　　年　　月　　日  病院名  所在地  代表者氏名　　　　　　　　　　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、減免を必要とする理由を証明するものです。証明日は原則納期限前３か月以内までとします。なお、医療機関に照会させていただく場合もあります。

※入院している場合は該当しませんが、身体障がい者等の特別な事情(身体障がい者等の外出する機会の確保、精神の安定、日常生活の訓練、健康管理及び家族とのコミュニケーションの確保等を行うことが必要である場合)によって毎月数回(最低月1回以上)、自宅から施設までの間を送迎する場合はその旨を「5その他(所見)」欄に記入してください。