

通院証明願

令和 年 月 日

様

「身体障害者等に対する軽自動車税種別割の減免」の申請に必要なため、次のことについて証明をお願いします。

申請者（身体障がい者等）

住 所 延岡市

氏 名

(生年月日) 年 月 日 ( 歳)

証 明 書

1 氏 名 .....

2 病 名 .....

3 今後の受診見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日

5 月平均見込日数 (約 日)

6 その他(所見) .....  
.....

上記のとおり通院を要することを証明する。

令和 年 月 日

病 院 名

電 話 ( ) —

代表者氏名

Ⓜ

- ・この証明は、延岡市税条例第92条第1項によるものです。
- ・この証明は、軽自動車税種別割の減免事由を確認するためのもので、原則として入院の場合は該当しないものです。

延岡市