

通院証明書

通院者氏名	
生年月日	
住 所	

上記の者は、_____のため
月 _____回または週 _____回当病院（医院）に通院し、家族が送迎
していることを証明します。

令和 _____年 _____月 _____日

証明病院(医院)名

印

※軽自動車税(種別割)の減免申請には、証明日が減免申請年度の4月1日から納
期限までのものが有効です。(減免申請受付期間は、納税通知書発付後、納期限まで。)