

自動車運行計画証明書

納税義務者 (被介護者)	氏名	
	住所	

(介護者氏名)

上記の者に係る運行計画につき、_____の運転により、

(施設等名)

本人(被介護者)所有の軽自動車で、_____ 病院へ通院
施設へ通所 することに
会社へ通勤
学校へ通学

関しては、下記内容に相違ないことを証明します。

運行計画

日	利用時間帯	
	運行区間	
月	利用時間帯	
	運行区間	
火	利用時間帯	
	運行区間	
水	利用時間帯	
	運行区間	
木	利用時間帯	
	運行区間	
金	利用時間帯	
	運行区間	
土	利用時間帯	
	運行区間	

令和 年 月 日

施設等の名称

代表者氏名

Ⓜ

※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。)