

通院証明願

令和 年 月 日

申請者（身体障害者等）

住 所 佐世保市

氏 名 _____

「身体障害者等に対する軽自動車税の減免」の申請に必要なため、次のことに関する証明をお願いします。

証 明 書

1 身体障害者等 氏 名 _____

(生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生)

2 病 名 _____

3 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~

4 その他 _____

上記のとおり通院していることを証明する。

令和 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____

代表者 _____

印

※「身体障害者等に対する軽自動車税の減免」は、佐世保市税条例によるものです。

※押印については、代表者本人による署名の場合は不要です。