通院証明書

（自動車税減免申請用）

|  |  |
| --- | --- |
| **住　　所** |  |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
|  **傷病名** |  |
| 　 **通院状況** |  　　　　　年　　月　　日から現在まで、　 **１ヶ月平均　　　　回（または週　　　回）程度、****通院加療中である。**（減免の条件：慢性疾患で継続的に毎月１回以上自家用車で通院していること）※病院の送迎車利用による通院は対象外。 |

上記のとおり、相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**【医療機関】**

**所在地**

 **名　称**

 **担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**