

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

住所

証明病院（医院）名

㊞

電話番号

※軽自動車税の減免申請には、証明書が減免申請年度の4月1日から納期限の7日前までのものが有効です。