

通院証明書

福井県県税条例第112条第1項第2号および第150条第1項第2号による自動車取得税および自動車税の減免申請をしたいので、通院の証明をお願いします。

身体障害者等の住所			
身体障害者等の氏名	⑩	生年月日	明 大 昭 平
傷病名			

上記の者について、月2回以上かつ6月以上継続して通院加療のため自家用車を使用する見込みであることを証明します。

平成 年 月 日

(証明者)

医療機関名

医師名

⑩