

自動車税等の減免に係る証明書

< 通 所 用 >

平成 年 月 日

徳島県東部県税局長 殿

施設の所在地

施設の名称

代表者氏名

印

当施設に通所している障害者等について、次のとおり証明します。

1 身体障害者等	住所			
	氏名			
2 主な送迎者	氏名			
	障害者との続柄		運転免許証の番号	
3 使用自動車	徳島			
4 送迎区間	自宅～		まで 約	km
5 通所回数	週 日(回) 週2回以下の場合最近6ヶ月の通所日を記入			
	月:	月:		
	月:	月:		
	月:	月:		
6 通所予定期間	平成 年 月 日まで 又は 退所予定なし			
7 その他				

<注>お手数ですが、主に使用している自動車を確認の上、御証明ください。
通所の方法、送迎者又は使用自動車が複数であるなど必要と思われる事項は、7に記入してください。
月に4回以上通所していること、及び半年以上通われる予定があることが減免要件です。それらを満たさない場合は、念のため、御本人に御確認ください。