

証明願

令和 年 月 日

申請人
住所
氏名
(保護者等)

軽自動車税（種別割）の減免を受けるため、下記のとおり証明願います。

介護者運転車両の通院等証明書		
証明区分		通院 ・ 通学 ・ 通所 ・ 生業（通勤・自営等）
通院 ・ 通学 ・ 通所 または仕事先	所在地	
	名称	
自動車での送迎を必要とする具体的な状況	回数	週 回 （または 月 回）
	理由	
※注意事項		
1 障がい者を送迎する自動車の減免申請のため入院中は対象になりません。また、施設の送迎サービスを利用している場合も対象になりません。		
2 通所は機能回復訓練、就労訓練等の通院、通学、通勤に類するものに限ります。 （例：通所介護施設であればリハビリ訓練を伴う場合のみ対象です。）		
3 介護者運転の場合、通院、通学、通勤等のために週 3 回以上、1 年以上にわたって継続的に使用することが条件です。		
上記のとおり相違ないことを証明する。		
令和 年 月 日		
住所または所在地		
機関名称		
職氏名		
※自署でない場合は、記名と押印が必要です。		

※介護者運転車両の通院等証明書は、発行後三ヶ月以内のものに限ります。