

通院証明書（自動車税種別割用・自動車税環境性能割用）	
患者氏名	
生年月日（年齢）	大正・昭和 年 月 日（満 歳） 平成・令和
病名等	
運行計画	治療見込期間 今後 か月・年
	通院回数 月・週 平均 回（小数点以下切り上げ）（最近2か月間の実績）
	その他特記事項
	<b>【証明申請者】</b> 住所 始良市 患者との続柄 （自動車運転者） 氏名 印 （ ）
上記のとおり相違ないことを証明します。  年 月 日  <b>【証明者】</b> 病院等所在地 名 称 病院長等名 印  始良市福祉事務所長 殿	

・この証明は、自動車税種別割・自動車税環境性能割の減免事由を確認するためのもので、入院の場合は該当しないものです。

・常時介護証明書には、この証明書に加え、誓約書を提出してください。

常時介護の場合：継続的（1年以上）かつ日常的（週3回以上）に、通院する場合に認められます。