様式第２号

通院証明願

年　　月　　日

殿

申請人（身体障がい者等）
住（居）所
氏　　名
（生年月日）　　年　　月　　日（　　歳）

「身体障がい者等に対する自動車税の減免」の申請に必要なため、次のことについて証明をお願いします。

証　明　書

１．氏　名

２．病　名

３．今後の受診見込期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

４．通院見込日数（月平均）　　（　　日）

５．その他（所見）

※　あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律及び柔道整復法に基づく施術所への通院は、「５．その他（所見）」欄に治療を必要とする旨の医療機関による証明が必須。

上記のとおり通院を要することを証明する。

年　　月　　日
病院名
所在地
代表者氏名　　印
電話番号（　　）　　－

※　・この証明は、宮崎県税条例施行規則第８４条の５第３項によるものです。
・この証明は、自動車税の減免事由を確認するためのものです。
原則として入院の場合は該当しないものです。
・この証明は、生計同一者運転の場合、減免申請日以降６箇月以上の期間、週１回以上の受診見込が必要です。
・申請人（身体障がい者等）の押印は不要です。

宮　崎　県