

受付印

軽自動車税(種別割)に係る通院証明願

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

電話

軽自動車税にかかる減免申請のため、下記の軽自動車は、専ら下記の障がい者の通院加療のために、使用されていることを証明してください。

身体障がい者	住所			
	氏名			
運転者	住所			
	氏名		身体障がい者 との関係	
車両番号または標識番号	福井・朝日町・宮崎村・越前町・織田町			
通院見込期間	自	平成・令和	年	月 日
	至	平成・令和	年	月 日
月平均通院見込日数	日			
備考				

上記のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 名称

医師名

印

電話

※ 注意事項

- この証明書は、1部を証明者控えとし、1部を越前町役場税務課に提出してください。