**通院・通学・通所等利用状況証明書**

(自動車税減免申請に添付のため)

１　施設等利用者

住　　所

氏　　名

２　施設等の利用目的　（該当するものに○をつけて下さい）

　　　　　　通院　・　通学　・　通所　・　施設からの帰省　・　その他（　　　　　　　　　　　）

３　施設等の利用日数　・　期間等　（見込）

　（１）利用日数　　（週または月の利用日数を記入して下さい）

　　 　　毎週　　　　　日、または毎月　　　　　日以上

1. 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで６ヶ月以上継続して利用している。（但し、介護者運転の場合は1年間）
2. 障害者に提供する事業に係るサービス名　「 　　　　　　　　　　　　　 」

　　　　※障害者総合支援法に係る通所施設の場合は、障害者に提供する事業に係るサービス名を記載してください。 （例：「生活介護」「施設入所支援」など）

４　施設等への送迎方法（該当するものに○をつけて下さい）

　 （　　家　族　　・　　介　護　者　　）　の運転する自動車

５　利用先施設等名称

上記の通り証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

（証明者）　　　　　施設等住所

施設等の長の名称

通院の場合は医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞