

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

(2)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)

(3)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 _____ (印)