

通所証明書

通所者住所

通所者氏名 年 月 日生

運転者(家族)氏名

上記の者は、当 _____ に _____ のため、生計
(施設名) (目的) ※
を同一にする上記家族の運転する自家用車を利用して、継続して
毎月 _____ 回以上 通所しており、今後も1年以上毎月 _____ 回
以上 通所する見込みであることを証明します。

年 月 日

施設名

施設住所

施設長名

印

●記入注意

- 1 軽自動車税減(種別割)免申請のためには、**通所**回数が月4回(または週1回)以上必要であること。
- 2 目的欄には、訓練内容を記入してください。(機能訓練、療育等)
- 3 証明日が申請日前1か月以内のものを提出してください。

【参考】通所証明書に該当する施設は次のとおり

- ・更生施設・・・職業訓練を行う施設
- ・授産施設・・・職業を与え自活させる施設
- ・共同作業所・・・当該施設の運営に関し、県・市町村の補助、共同募金の配分等の公的助成がなされている場合等社会的に認知を受けていると認められる作業所。
- ・施設で医師による医療を受けている場合は対象(医師の証明書が必要)

※デイサービス(老人デイサービス等)又はデイ・ケア(老人保健施設等)を利用するための通所は対象外。

ただし、当該施設で継続的に**医師**による医療を受けている場合で、通院として認められるもの(医師の証明書は必要)は対象。