

通院証明書

通院者住所 _____

通院者氏名 _____ 年 月 日生

病 名 _____

上記の者は、 _____ 年 月 日より 継続して
毎月 _____ 回以上 当医療機関に通院治療中であり、
今後も 1年以上継続して 毎月 _____ 回以上 通院治療が
必要であることを証明します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名 _____ 印

電話番号

※記入注意

軽自動車税(種別割)減免申請のためには、**通院**回数が月4回(または週1回)以上必要です。

証明日が申請日前1ヵ月以内のものを提出してください。