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年以上毎月　　　回以上　通院治療が必要であることを証明します。 | | | | | | | | |
| ※送迎バスがある場合、上記の者が自家用車で通院している理由は、　　　　　　　　　　　　　　　からです。 | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | 医療機関住所 | |  | | | | |
|  | | 医療機関名 | |  | | | | |
|  | | 担当医師名 | |  | | ㊞ | | |
|  | | 電話番号 | |  | | | | |
| 注意事項 | | | | | | | | |
|  | * 証明書は、申請年度の４月１日～納期限までのものであること。 * 軽自動車税減免申請には、通院回数が月４回（または週１回）以上必要であること。 | | | | | | |  | |