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。
 |  |