|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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、当施設に　　　　　　　　　　　のため、生計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。※送迎バスがある場合、上記の者が自家用車で通所している理由は、　　　　　　　　　　　　　　　からです。 |
|  |
| 　　年　　月　　日 |
|  | 施設住所 |  |
|  | 施設名 |  |
|  | 施設長 |  | ㊞ |
| 注意事項 | 電話番号 |  |
|  |
|  | * 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、通所回数が月４回（または週１回）以上必要であること。

【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（高齢者デイサービス等）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（医師の証明書が必要）は対象 |  |

通　所　証　明　書