

証 明 願

年 月 日

申請人(身体障がい者等)

住 所

氏 名

(保護者等)

電話番号

身体障がい者等に対する軽自動車税の減免を受けるため、尾鷲市に提出する必要がありますので、次のことに関する証明をお願いします。

以下の証明書については、証明者が記入して下さい。

使 用 目 的 証 明 書			
証明区分		(いずれかに○) 通院 ・ 通学 ・ 通所 ・ 生業(通勤、自営等)	
通院、通学、通所 または仕事先	住所		
	名称		
軽自動車での 送迎を必要とする 具体的な状況	回数	(どちらかに○) 週 ・ 月	(いずれかに○) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上
	期間	(始期) 年 月 日 ~ (今後の見込) 年 月 日	
	目的・ 理由等	*通院・通所の場合は診療内容等、自営業の場合は業種等を具体的にご記入下さい。 (通学・通勤の場合は記入不要です。)	
*注意事項 1 障がい者を送迎する軽自動車の減免申請のため、入院中は対象になりません。また、施設の送迎サービスを利用している場合も対象になりません。 2 通所は機能回復訓練、就労訓練等の通院、通学、通勤に類するものに限りません。 (例：通所介護施設であればリハビリ訓練を伴う場合のみ対象です。) 3 家族運転は、月3回以下、介護者運転は週2回以下の場合には対象になりません。			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日			
(証明者)			
住所または所在地			
機関名称			
職氏名			
印			