

年 月 日

様

申請者（身体障がい者等）

住 所 都城市

氏 名

(生年月日) 年 月 日 (歳)

通院証明願

身体障がい者等に対する軽自動車税（種別割）の減免の申請に必要なため、次の証明をお願いします。

証 明 書	
1 氏 名
2 病 名
3 今後の受診見込期間	年 月 日～ 年 月 日
4 月平均通院見込日数	(約 日)
5 その他（所 見）
上記のとおり通院していることを証明する。	
年 月 日	
病 院 名	
電 話 () -	
代表者氏名	印

この証明は、都城市税条例第 90 条第 2 項の規定により、軽自動車税（種別割）の減免事由を確認するためのもので、原則として入院の場合は該当しないものです。

記入例

様式第 42 号の 4

年 月 日

様

申請者が記入するところです。
住所・氏名・生年月日の記入

申請者（身体障がい者等）

住 所 都城市

氏 名

（生年月日） 年 月 日（ 歳）

通院証明願

医療機関が記入するところです。

1 氏 名

通院見込期間は、減免申請をする日（4月1日以降）から6か月以上が条件です。

（例）令和5年4月1日～令和6年3月31日

必ず年月日を記入してください。

2 病 名

3 今後の受診見込期間 年 月 日～ 年 月 日

月に4回以上の通院が条件です。

4 月平均通院見込日数 （約 日）

5 その他（所 見）

あんま、マッサージ施設及びリハビリ施設へ通う場合も含む。ただし医療機関が必要な旨を記入。

上記のとおり通院していることを証明する。

年 月 日

病 院 名

電 話 （ ）

代表者氏名

病院名・電話番号・代表者名の記入
病院の印鑑（自署であれば省略可）

印

この証明は、都城市税条例第 90 条第 2 項の規定により、軽自動車税（種別割）の減免事由を確認するためのもので、原則として入院の場合は該当しないものです。