

自動車使用目的証明書（通院）

住 所：_____

氏 名：_____

生年月日：_____

病 名：_____

上記の者は、上記病名により、_____年 ____月 ____日から下記実績の
とおり通院加療中であり、今後長期にわたり、概ね 週 ____ 月 ____ 回以上
の通院を要する事を証明します。

通院実績（前3ヶ月分）

____年 ____月 (____ 回)	____年 ____月 (____ 回)	____年 ____月 (____ 回)
--------------------------	--------------------------	--------------------------

令和 ____年 ____月 ____日

病 院 名

医 師 名

印

この証明書は、自動車税（環境性能割・種別割）、軽自動車税（環境性能割）の減免理由
を確認するためのものです。