

# 通院証明書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

〔疾患名および症状〕 \_\_\_\_\_

上記により \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より、通院・加療中であるが、  
今後も引き続き \_\_\_\_\_ の運転により、月 \_\_\_\_\_ 回以上または  
週 \_\_\_\_\_ 回以上の通院治療が必要であることを証明します。

年 月 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_ (印)

※軽自動車税(種別割)の減免申請に使用される場合、該当年度の4月1日以降に発行された証明書が必要となります。

※しょうがい者以外が運転する場合、継続して定期的に月1回以上当該しょうがい者のために使用している必要があります。