

軽自動車税減免申請のための使用目的証明書
証 明 願

年 月 日

申 請 者 住 所
(身体障害者等) 氏 名 (印)
(保護者等 (印)

身体障害者等に対する軽自動車税の減免申請のため、名張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。

証 明 書			
証明区分 (いずれかを○で囲む)		通院 ・ 通学 ・ 通所 ・ 通勤	
通院、通学、通所 または勤務先	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	令和 年 4 月 1 日 ～ 年 月 日	
	理 由 等		
<p>※ 注意事項</p> <p>1. 障害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。</p> <p>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す。 (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。)</p> <p>3. 家族（生計同一者）運転は月 4 回以上、介護者運転は週 3 回以上の場合に減免対象となります。</p>			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(証明者)</p> <p>住所または所在地</p> <p>医療機関等名称</p> <p>職氏名 (印)</p>			

※ この様式は、軽自動車税の減免用です。