

通院証明書

通院者住所 _____

通院者氏名 _____ 年 月 日生

病 名 _____

上記の者は、 _____ 年 月 日より 継続して

毎月 _____ 回以上 当医療機関に通院治療中であり、

今後とも 1年以上継続して 毎月 _____ 回以上 通院治療が

必要であることを証明します。

所見 _____

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

印

電話番号

※記入注意

軽自動車税 減免申請のためには、通院回数が月4回（または週1回）以上、必要であること。

医療機関等の送迎、往診を利用している回数は除いて記入してください。

入院中の者及びデイサービスの利用は除きます。

証明日が4月1日以降のものを提出してください。