

通院証明書 (あんま・マッサージ用)

通院者住所 _____

通院者氏名 _____ 年 月 日生

上記の者は、 _____ 年 月 日より 継続して 毎月 _____ 回以上 当院で施術を行っており、今後も 1年以上継続して 毎月 _____ 回以上 施術が必要であることを証明します。

施術の証明欄

年 月 日

名 称

施術担当者

印

電話番号

主治医の所見

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印

※記入注意

- ・軽自動車税（種別割）の減免には、通院回数が月4回（または週1回）以上必要であること。
- ・あんま、マッサージで減免を申請する場合は、医療機関があんま等の治療が必要である旨の意見を所見欄に記入していること。
- ・証明日が申請日前1ヵ月以内のものであること。
- ・入院中の者は除きます。