

# 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。

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

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。  
証明日が申請日前1ヵ月以内のものを提出してください。