

通所証明書

通所者住所 _____

通所者氏名 _____ 年 月 日生

運転者(家族)氏名 _____

上記の者は当 _____ に _____ のため、
(施設名) (目的) ※機能訓練・療育等
生計を同一にする上記家族の運転する自家用車を利用して、継続して
毎月 _____ 回以上 通所しており、今後も1年以上 毎月 _____ 回以上
通所する見込みであることを証明します。

令和 年 月 日

施設住所

施設名

施設長名

電話番号

㊟

※記入注意

- ・自動車税（環境性能割・種別割）減免申請のためには、通所回数が月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。
- ・デイサービス（老人デイサービス等）又はデイ・ケア（老人保健施設等）を利用するための通所は対象外。ただし、当該施設で継続的に医師による医療を受けている場合で、通院として認められるもの（医師の証明が必要）は対象。