

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、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。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

㊟

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。