

通院証明書

(軽自動車税減免用)

患者氏名

生年月日(年齢) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)

病名等

治療見込期間 今後 月・年

通院回数 月平均 回(小数点切り上げ) (過去2か月の実績)

【証明申請者】 住所

(自動車運転者) 氏名 患者との続柄 ()

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

【証明者】 病院等所在地

名 称

印

病院等 長名

さつま町長 殿