

# 通院証明願

年 月 日

殿

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

自動車税(環境性能割・種別割)の減免申請に必要なため、次のことについて証明願います。

証 明 書	
1 氏 名	
2 病 名	
3 受診通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
4 今後の受診通院見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日  所 在 地 病院又は診療所 代表者又は医師名	

印