

# 証 明 願

年 月 日

申請人（身体障がい者等）  
住所

氏名  
（保護者等）

電話番号

身体障がい者等に対する軽自動車税の減免申請のため、松阪市に提出する必要がありますので、下記のことに関する証明をお願いします。

※以下の証明書については、証明者が記入してください。（申請人は記入しないでください）

証 明 書	
使用区分 (いずれかを○で囲む)	通院・通学・通所・生業（通勤、自営等）
通院、通学、通所 または仕事先	所在地
	名 称
	目的・理由等 ※通学・通勤の場合は記入不要です。
軽自動車での送迎 を必要とする 具体的な状況	回 数 (どちらかに○) (いずれかに○) 週・月 1回・2回・3回・4回以上
	期 間 ※必ずご記入ください。記入できない場合はその理由をご記入ください。 (始期) 年 月 日 ~ (今後の見込み) 年 月 日 (記入できない場合)
※注意事項	
1. 障がい者を送迎する軽自動車の減免申請のため入院中は対象になりません。また、施設の送迎サービスを利用している場合も対象になりません。	
2. 通所は機能回復訓練、就労訓練等の通院、通学、通勤に類するものに限ります。 (例：通所介護施設であればリハビリ訓練を伴う場合のみ対象です。)	
3. 家族運転は月3回以下、介護者運転は週2回以下の場合を対象になりません。	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
年 月 日 (証明者) 住所または所在地	
機関名称	
職氏名	
電話番号	