【使用目的の証明書（介護者運転用）】

証　明　願（軽自動車税用）

年　　月　　日

発行から３か月以内のものに限ります。

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を受けるため、松阪市に提出する必要がありますので、次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	※通院の場合は診療科、通所の場合は障害福祉サービス名等、自営業の場合は業種等を具体的にご記入ください。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	週	いずれかに○ １回 ・ ２回 ・ ３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 （記入できない理由）	

※注意事項

１．障がい者の方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、施設等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、通勤等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．週３回以上の場合は対象になります。

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

※証明内容について証明者へお問い合わせする場合がありますのでご協力お願いします。