

様式第11号 (その2)

通院証明書

福井県県税条例第135条の14第1項第2号および第150条第1項第2号による自動車税環境性能割および自動車税種別割の減免申請をしたいので、通院の証明をお願いします。

身体障害者等の住所			
身体障害者等の氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
傷病名			

(注) この様式は、軽自動車税環境性能割の減免申請をする場合に準用すること。この場合において、「福井県県税条例第135条の14第1項第2号および第150条第1項第2号による自動車税環境性能割および自動車税種別割」とあるのは「軽自動車税環境性能割」と読み替える。

上記の者について、月2回以上かつ6月以上継続して通院加療のため自家用車を使用する見込みであることを証明します。

令和 年 月 日

(証明者)

医療機関名

医師名

電話番号