

任意様式

通所証明書

通所者 住所

通所者 氏名

年 月 日生

運転者氏名

(生計同一者・常時介護者)

上記の者は、 _____ に _____ のため、
(施設名称) (目的) ※機能訓練・療養等

し、上記運転者の運転する自家用車を利用して、週1回以上又は月4回以上通所
しており、6か月以上継続して通所している又は通所する見込みであることを
証明します。

年 月 日

施設住所

施設名称

施設長名

電話番号

※記入に関する注意

- ・運転者氏名欄は生計同一者（家族等）か常時介護者（障がいをお持ちの方のみの世帯でその障がい者の方を常時介護する方）のどちらかに○印をつけ、その方の氏名を記入してください。
- ・軽自動車税（種別割）減免申請のためには、通所回数が週1回以上又は月4回以上必要であること。
- ・証明日が申請日前1か月以内のものを提出してください。