

通院証明書

(軽自動車税種別割)

【証明申請者】 (軽自動車運転者)	住所 氏名	患者との続柄 ( )
----------------------	----------	---------------

患者氏名	
生年月日(年齢)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳)
病名等	
治療見込期間	今後 月・年
通院回数	月平均 回(小数点以下切上げ)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

【証明者】病院等所在地

名 称

病院等長名

印

長島町長 殿