

第6号様式の3

年 月 日

千葉県自動車税事務所長 様

医療機関所在地

医療機関名

医療機関の長又は医師氏名

㊟

電話番号

通院証明書

下記の身体障害者等は当医療機関にて加療中であり、今後も継続して通院が必要であることを証明します。

1 身体障害者等	住所	
	氏名	
2 通院日	最近3ヶ月の通院日を記入してください。 (記載例) 3月：7、14、20～21、28 ※20～21は宿泊検査	
	月：	
	月：	
3 今後の通院見込	1ヶ月あたり	日程度の通院が必要

注1 減免申請添付書類として、直近3ヶ月で毎月2回以上の通院が証明されていることが必要です。

2 通院を始めて間もないため、2に記載する実績が3ヶ月以上ない場合は、2の通院日(通院実績)に加え、必ず3(今後の通院見込)の記載をしてください。

3 2の通院日には、医療機関の車両での送迎サービスや介護タクシーを利用して通院した日は含まないでください。また、往診も含まないでください。