

障がい者等のための通学・通所等証明書

証 明 書	福祉施設 等	所在地 _____
		名 称 _____
	障害者	住 所 _____
		氏 名 _____
	使用目的	・一時帰宅 ・通院（医療機関名 _____ ） ・その他（詳細 _____ ）
運転者	住 所 _____ 氏 名 _____	
施設 証明欄	_____ 年 _____ 月 _____ 日付で軽自動車税種別割の減免を受けるため証明 願のあったこのことについて、上記運転者は、上記障がい者のために週に1 度（又は月に4度）以上自動車を運転する必要があることを証明する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 施設名称 _____ 管理者（代表者） _____ ⑩	

（減免申請にあたっての注意事項）

- 1 減免申請の対象となる軽自動車等は障がい者一人につきその方のために使用する1台に限られます。（自動車税種別割の減免を受けている場合は、申請することができません。）
- 2 この申請書は、軽自動車税種別割の納期限までに提出してください。
- 3 この申請書を提出する際には、身体障害者手帳、戦傷病者手帳、養育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（精神障害者保健福祉手帳にあっては、併せて自立支援医療受給者証（精神通院）、医療福祉費受給者証又はその障がいの治療のための通院の事実を証する書面が必要となります。）及び運転免許証を提示してください。（身体障害者手帳等の交付日が納税義務の発生した日以後である場合には減免の対象となりません。）
- 4 申請に係る軽自動車等が、障がい者と生計を一にする方が福祉施設に入所している障がい者の一時帰宅、通院などのために使用されるものである場合は、当該福祉施設の管理者等から上記の一時帰宅等証明を受けてから申請を行ってください。（証明を受けられない場合には、減免の対象となりません。）