様式第２号（第３条関係）

証明願

年　　月　　日

住所
氏名
（介護者氏名等）
電話番号

軽自動車税の減免申請のため桑名市役所に提出する必要がありますので、次のことに関する証明をお願いします。

※　以下の証明書については、証明者が記入してください。（申請者は記入しないでください）。

<table>
<tr><td colspan="4">証明書</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用区分（いずれかに○）</td><td colspan="2">通院・通学・通所・生業（通勤、自営等）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">通院、通学、通所又は仕事先</td><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>目的・理由等</td><td colspan="2">※　通院、通所の場合は診療内容・障害福祉サービス名等、自営業の場合は業種等を具体的にご記入ください。通学・通勤の場合は記入不要です。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">軽自動車等での送
迎を必要とする
具体的な状況</td><td>回数</td><td>週</td><td>いずれかに○
１回・２回・３回以上</td></tr>
<tr><td>期間</td><td colspan="2">※　必ずご記入ください。記入できない場合はその理由をご記入ください。
（始期）　年　月　日～（今後の見込み）　年　月　日

（記入できない理由）</td></tr>
<tr><td>自家用車での送迎区間</td><td colspan="2">（例　自宅～△△）</td></tr>
<tr><td colspan="3">病院、学校、施設等での送迎サービスの有無</td><td>有　・　無　（どちらかに○）</td></tr>
<tr><td colspan="3">※　病院、学校、施設等での送迎サービスが「有」の場合、申請人の送迎サービス利用の有無</td><td>有　・　無　（どちらかに○）</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　注意事項
障害者の方を送迎する軽自動車等の減免申請のため入院中は対象になりません。
また、施設等の送迎サービスを利用している場合も対象になりません。
送迎を必要とする具体的な状況として、送迎回数が週３回未満の場合は対象となりません。</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり相違ないことを証明する。
年　　月　　日
住所又は所在地
機関名称
電話番号　（　　－　　－　　）
診療科又は職名
氏名　　印</td></tr>
</table>

※　証明内容について証明機関へお問い合わせする場合がありますのでご協力お願いします。