

通院・通所証明書

令和 年 月 日

糸満市長 殿

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名



電話番号

次の者は、当医療機関へ通院・通所していることを証明する。

氏 名	
住 所	
疾 病 名	
月の通院頻度	
治療見込期間	

- ① この証明書は、軽自動車税減免申請に必要なもので、家族の通院・通所について証明するものです。
- ② 事実と相違する証明の場合は軽自動車税減免決定を取り消されることがあります。