

# 通院・通学・通所等利用状況証明書

(自動車税減免申請に添付のため)

## 1 施設等利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 2 施設等の利用目的 (該当するものに○をつけて下さい)

通院 ・ 通学 ・ 通所 ・ 施設からの帰省 ・ その他( )

## 3 施設等の利用日数・期間等 (見込)

(1) 利用日数 (週または月の利用日数を記入して下さい)

毎週 \_\_\_\_\_ 日、または毎月 \_\_\_\_\_ 日以上

(2) 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで今後6ヶ月以上継続して利用する見込み。(但し、介護者運転の場合は1年間)

(3) 障害者に提供する事業に係るサービス名 「 \_\_\_\_\_ 」

※障害者総合支援法に係る通所施設の場合は、障害者に提供する事業に係るサービス名を記載してください。(例:「生活介護」「施設入所支援」など)

## 4 施設等への送迎方法(該当するものに○をつけて下さい)

( 家 族 ・ 介 護 者 ) の運転する自動車

## 5 利用先施設等名称 \_\_\_\_\_

上記の通り証明します。

令和 年 月 日

(証明者) 施 設 等 住 所 \_\_\_\_\_

施 設 名 \_\_\_\_\_

施設等の長の職名・氏名

(通院の場合は医師名) \_\_\_\_\_ ㊟

# 【記載例】

以下の内容を満たしていれば、発行  
機関の任意様式でも構いません

## 通院・通学・通所等利用状況証明書

(自動車税減免申請に添付のため)

### 1 施設等利用者

住 所 新潟市 〇〇区〇〇 〇〇番地

氏 名 〇〇 〇〇

### 2 施設等の利用目的 (該当するものに〇をつけて下さい)

通院・通学・通所・施設からの帰省・その他( )

### 3 施設等の利用日数・期間等 (見込)

(1) 利用日数 (週または月の利用日数を記入して下さい)

毎週 1 日、または毎月 4 日以上

(2) 令和 〇年 〇月 〇日から令和 〇年 〇月 〇日まで今後6ヶ月以上継続して利用  
する見込み。(但し、介護者運転の場合は1年間)

(3) 障害者に提供する事業に係るサービス名 「 生活介護 等 」

※障害者総合支援法に係る通所施設の場合は、障害者に提供する事業に係るサービス名を記載してください。(例:「生活介護」「施設入所支援」など)

〇既に所有している自動車の場合  
4月1日  
〇新たに取得する自動車の場合  
自動車の登録(予定)日  
を始期としてください。

### 4 施設等への送迎方法(該当するものに〇をつけて下さい)

( 家族 ・ 介護者 ) の運転する自動車

5 利用先施設等名称 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

上記の通り証明します。

令和 〇年 〇月 〇日

(証明者) 施設等住所 新潟市 〇〇区〇〇 〇〇番地

施設名 〇〇サービスセンター

施設等の長の職名・氏名

(通院の場合は医師名) 施設長 新潟 太郎

印