

通院等自動車証明書 証明願 (減免申請用)

年 月 日

(証明書発行機関の長) 様

申請者 住 _____ 所 _____

団体の名称

代表者の氏名 _____

自動車税の減免申請に必要ですので、下記事項について証明してください。

記

1 申請者は、次のいずれかに該当するものであること。(該当する項目を丸で囲んでください。)	
(1)	社会福祉法人であること。
(2)	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下「障害者総合支援法」という。)に規定する障害福祉サービス事業(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援を除く。)を行うNPO法人で、指定障害福祉サービス事業者として知事又は新潟市長から指定を受けているものであること。
(3)	障害者総合支援法に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームの運営を行うNPO法人で、県又は市町村から補助金の交付又は業務の委託を受けているものであること。
(4)	児童福祉法に規定する障害児通所支援事業(居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援を除く。)を行うNPO法人で、指定障害児通所支援事業者として知事又は新潟市長から指定を受けているものであること。
(5)	市町村から施設運営に係る補助金の交付又は業務の委託を受け、身体障害者等が通所する施設(地域活動支援センター等)の運営を行う保護者団体等(身体障害者等又はその保護者が主体となって運営するNPO法人を含む。)であること。

2 次の施設は、申請者が設置したもので(施設の設置者が国又は地方公共団体で、当該施設の管理運営を申請者が行っている場合を含む)、専ら身体障害者、知的障害者又は精神障害者を入所又は通所させる施設であること。		
施設名及び所在地	施設名	
	所在地	

3 次の自動車は、申請者が所有するもので(所有権が留保されている場合は使用者であることを含む)、専ら上記施設において通院、通所又は通園に使用されているものであること。			
減免対象となる 自動車	登録番号	車名	車種
利用目的			
備考			

上記1、2及び3の事項のとおり相違ないことを証明します。

第 _____ 号
年 月 日

(証明書発行機関の長)

印