**自動車使用目的証明書（通院）**

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

病　　名：

上記の者は、上記病名により、　　　　年　　月　　日から下記実績のとおり通院加療中であり、今後長期にわたり、概ね 週 ・ 月　　回以上の通院を要する事を証明します。

通院実績（前３ヶ月分）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　年　　月（　　　回） | 　　年　　月（　　　回） | 　　年　　月（　　　回） |

令和　　年　　月　　日

病　院　名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

この証明書は、自動車税（環境性能割・種別割）、軽自動車税（環境性能割）の減免理由を確認するためのものです。