

# 軽自動車税の減免に係る通院証明書

受療者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

1 傷病名及び現症並びに初診から現在までの治療経過

2 現在までの通院状況

令和 年 2 月 1 日  
から  
令和 年 4 月 30 日  
( 日間)  
(うち通院実日数 日間)

※ 実通院日に○印をつけてください。

2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29				
3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29	30			

3 今後の通院見込

令和 年 5 月 1 日  
から  
令和 年 月 日  
( 日間)  
(1か月あたり 日間通院要)

上記のとおり治療し、今後も通院が必要であることを証明します。

令和 年 月 日

病院(診療所)の所在地及び名称

診療科目 科

医師氏名