

自動車税減免に係る通院証明書

住所 鹿児島市 _____

氏名 _____ (_____ 歳)

上記の者は、(病名) _____ のため、
自家用車にて通院中であることを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

鹿児島市福祉事務所長 殿