別紙

平成　　年　　月　　日

証明依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　（申 請 人）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　 印

　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 T・M・S・H　　　　年　　月　　日

下記のことについて証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 　１．証明事項 | 1. 障害者の入所生活に係る経費等の継続的負担

　　1. 障害者名義車輌による通院送迎
 |
| ２．使用目的 | ・自動車税の減免・自動車取得税の減免 |
| ３．証明内容 (具体的に記入) |  |
| ４．提出先 | 団体名　　　明日香村健康づくり課　　所在地　　　明日香村大字立部７４５電話番号 ０７４４－５４－５５５０ |

* この文書は、上記目的以外には使用できません。
* 申請人とは、この証明書を必要とする人をいいます。

平成　　年　　月　　日

証明書

（申請人）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　施設等名称

　　　　　　　　　　　　　　　職 ・ 氏名 　 印

下記のとおり相違ないことを認めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 　1. 証明事項
 | 1. 障害者の入所生活に係る経費等の継続的負担

　　1. 障害者名義車輌での運転車による通院送迎の実施
 |
| ２．使用目的 | ・自動車税の減免・自動車取得税の減免 |
| ３．証明内容 (具体的に記入) |  |
| ４．提出先 | 団体名　　　明日香村健康づくり課　　所在地　　　明日香村大字立部７４５電話番号 ０７４４－５４－５５５０ |

* この文書は、上記目的以外には使用できません。
* 申請人とは、この証明書を必要とする人をいいます。

**◆　記入例　◆**

|  |  |
| --- | --- |
| 　1. 証明事項
 | 1. 障害者の入所生活に係る経費等の継続的負担

　　1. 障害者名義車輌での運転車による通院送迎の実施
 |
| ２．使用目的 | ・自動車税の減免・自動車取得税の減免 |
| ３．証明内容 (具体的に記入) | ***障害者　明日香太郎　明日香村大字立部７４５番地******運転者　明日香次郎　明日香村大字岡５５番地******① の支払者　明日香次郎　　　　　〃******上記の障害者と運転者について、住所は異なるが親子関係にあり、障害者の入所生活に係る経費等を継続に負担しており、また通院送迎についても障害者名義車輌により明日香次郎がおこなっている。*** |
| ４．提出先 | 団体名　　　明日香村健康づくり課　　所在地　　　明日香村大字立部７４５電話番号 ０７４４－５４－５５５０ |

（注１）「３．証明内容」欄は、あくまでも例示ですので、証明を必要とする実

態に応じて、その内容を具体的にご記入ください。

（注２）「証明依頼書」及び「証明書」の「３．証明内容」欄は、申請者が記入して下さい。