

通院または入院証明願

通院または入院医療機関 殿

住 所 五條市

氏 名 ⑩

次の事項の証明をお願いします。

記

証明事項 使用目的	私が、貴医療機関に通院または入院していること 自動車税種別割の減免を受けるため
--------------	--

通院または入院証明書

下記の者は、当医療機関に通院または入院していることを証明します。

記

氏 名 _____

住 所 五條市 _____

生年月日 明治・大正 年 月 日生
昭和・平成 _____

内 容
.....
.....
.....

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名 ⑩