

診 断 書 兼 通 院 証 明 書

鯖江市税条例第87条の第2項により軽自動車税の減免申請をしたいので、
診断および通院の証明をお願いします。

| | | | |
|-------|---|------|----------------------|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | 印 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 傷 病 名 | | | |

上記の者について、月2回以上かつ6ヶ月以上継続して通院加療のため自
家用車を使用する見込みであることを証明します。

平成 年 月 日

(証 明 者)

医 療 機 関 名

医 師 名

印