

使用目的証明書（減免申請用）				
証明対象者 （障害者の方）	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日

「証明対象者（障害者の方）」欄に記入し、該当する証明の枠内に必要事項を記入してください。

通 院 証 明	※証明対象者が入院中又は通院見込期間が6か月未満の場合は証明しないでください。
上記の者は、（傷病名又は現症：_____） のため通院中であり、今後も6か月以上、月：_____日（週：_____日）の通院 治療が必要であることを証明する。	
年 月 日	
証明者 所在地 名 称 診療科 医師名	

☐ 通学（園） ☐ 通所 ☐ 通勤 ☐ 帰省帰寮 証明	※該当するものに☑
上記の者は、生計を一にする者が運転する自家用自動車の送迎により、 月：_____日（週：_____日），当方に通って（帰省帰寮して）いることを証明する。	
[通っている施設等の場所] [通っている施設等の名称] [利用サービスの種類]（通所・帰省帰寮の場合） 年 月 日	
証明者 所在地 名 称 代表者等	

生 業 証 明
生業（収入を得るための仕事）の内容：
生計を一にする者の運転による生業のための送迎日数 月：_____日（週：_____日） 生業の場所（主な送迎先）： 名称（屋号）：
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日
証明者 住 所 地区民生委員

※（注）各証明欄の月：_____日（週：_____日）は、月又は週のどちらかの日数を記入してください。

使用目的証明書（減免申請用）				
証明対象者 （障害者の方）	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日

治療の一環としてのリハビリ訓練 証明

※病院・診療所でリハビリ訓練を行う場合は裏面の「通院証明」の欄にその医師が証明してください。

【医師証明欄】

1. 傷病名又は現症：（ ）
2. リハビリ訓練を受ける施設の名称：（ ）
3. 今後の通所見込み：6か月以上，月： 日（週： 日）の通所が必要
上記のとおり，治療の一環としてのリハビリ訓練が必要であることを証明する。

年 月 日

証明者 所在地
名 称
診療科 医師

※通所見込期間が6か月未満の場合は証明しないでください。

【リハビリ訓練施設証明欄】 ※上記2の施設が証明してください。

上記の者は，医師の発行する同意書又は診断書に基づいて行うリハビリ訓練のため，生計を一にする者が運転する自家用自動車の送迎により，当方に，月： 日（週： 日）通っていることを証明する。

年 月 日

【施設の所在地】

【施設名】

証明者 所在地
名 称
代表者

※（注）各証明欄の月： 日（週： 日）は，月又は週のどちらかの日数を記入してください。

証 明 書 作 成 要 領

- ・この証明書は，岡山県の自動車税環境性能割・種別割及び県内市町村の軽自動車税環境性能割の減免要件確認のためのものです。（軽自動車税種別割の減免申請には使えません。）
- ・証明の対象者（障害者の方）を，その生計を一にする方が病院や施設に自家用自動車で送迎する日数が週1日以上又は月4日以上で，今後6か月以上継続して使用する場合に減免の対象となります。
- ・複数の目的に使用していても，1つの目的で日数を満たせば，その他の証明は不要です。
- ・「通学（園），通所，通勤，帰省帰寮」，「治療の一環としてのリハビリ訓練」の各証明欄の「名称」は，経営主体の法人等の名称を記入してください。
- ・あん摩・マッサージ・指圧，はり，きゅう，柔道整復においては，医療保険の適用があり，今後6か月以上通院治療が必要な場合には「通院証明」で減免の対象となりますので，傷病名又は現症欄に「医療保険の適用あり」と併記してください。