

身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者及び日常的介護者の証明書

令和 年 月 日

伊那市福祉事務所長 様

住所 _____

氏名 _____

軽自動車税の減免申請等のため、下記1の軽自動車は、下記2の身体障害者のみで構成される世帯の身体障害者等のため、下記3の日常的に介護する者によって、専ら身体障害者等の通院・通学・通院・その他日常生活の必要のために運転されているものであることを証明してください。

記

1 減免申請等をする軽自動車の登録番号及び所有者（所有権留保付軽自動車は使用者）

| 登録番号（車両番号） | 所有者 |
|------------|-----|
| | |

※申請軽自動車が運輸支局又は検査登録事務所での新規・移転・変更登録前で、登録番号が不明な場合は記載不要です。

2 身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者等である証明

| 手帳の種類 | 手帳番号 | 氏名及び年齢 | 世帯の状況 |
|-----------------------------------|------|--------|------------------------------|
| ・身体障害者手帳 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 | | 歳 | ・障害者等のみで構成 ・障害者等以外の者を含む構成 |

3 身体障害者等の所有する軽自動車を運転し、日常的に介護する者の住所、氏名等

| 住所 | 氏名 | 障害者との関係 |
|----|----|---------|
| | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

証明番号 第 号

伊那市福祉事務所長

印