

自動車税等に係る生計同一証明書

【 生 計 同 一 者 運 転 】

1 身体、 精神又は 知的障害 者	住所				
	氏名				
	職業		生年 月日		年齢 歳
2 自動車 の運転者	住所				
	氏名			身体障害者等 との関係	
3 自動車 の所有者	住所				
	氏名			身体障害者 等との関係	
4 自動車の使用目的			のため	対象自動車 (登録番号) ※新車の場合 は空欄	

上記2の自動車の運転者は、上記1の身体障害者等及び上記3の自動車の所有者と生計を一にしており、自動車の使用目的が上記4のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

町 村 長 印

大館市福祉事務所長 印

秋田県健康福祉部福祉政策課長 印

保 健 所 長 印

帰宅状況証明書

年 月 日

大館市福祉事務所長 様

当施設に入所している_____様は定期的（継続して月に1回程度以上）に自宅療養（育）等の目的で帰宅していることを証明します。

所 在

名 称

施設長 _____ 印

キリトリ

記入例

帰宅状況証明書

令和 ○年 △月 ○日

大館市福祉事務所長 様

当施設に入所している_____大館 太郎 様は定期的（継続して月に1回程度以上）に自宅療養（育）等の目的で帰宅していることを証明します。

入所先から証明してもらってください。

所 在 大館市字中城20番地

名 称 障害者支援施設○○○園

施設長 秋田 八千郎 _____ 印

秋田