誓　約　書

自動車税　　　　　　　　　　　自動車

今回　軽自動車税　の減免を申請する私の　　　　　　は、もっぱら

自動車取得税　　　　　　　　　軽自動車

通学

通院

＿＿＿＿＿への　　　　のために使用するものであることを誓約いたします。

通所

通勤

併せて、私の申請内容と異なる事実が発覚した場合には、直ちに本年度に係る

納税申告を行うことを誓約いたします。

年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　印

自動車

私が運転を行う＿＿＿＿＿＿所有の　　　　　につき、＿＿＿＿＿＿＿の

軽自動車

ためにのみ運転を行うことを誓約いたします。

年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　印

自 動 車 税 等 に 係 る 常 時 介 護 証 明 書

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の身体障害者等を常時介護する者であり、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

自 動 車
軽自動車 運行計画書

日	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
月	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
火	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
水	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
木	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
金	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
土	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	

大館市福祉事務所長　様

自　動　車
私の所有する　　　　　　については、以上のとおり運行する予定です。
軽 自 動 車

年　　月　　日

申請人住所

申請人氏名

証　明　書

住　所

氏　名

上記の者に係る運行計画につき、当 ＿＿＿＿＿＿へ、＿＿＿＿＿＿の

運転により、本人所有の 自動車 / 軽自動車 で 通学 / 通院 / 通所 / 通勤 することに関しては、

運行計画の内容に相違ないことを証明いたします。

年　　月　　日

印

記　入　例

誓　約　書

今回（自動車税／**軽自動車税**（○）／自動車取得税）の減免を申請する私の（自動車／**軽自動車**（○））は、もっぱら

＿○○病院＿への（通学／**通院**（○）／通所／通勤）のために使用するものであることを誓約いたします。

併せて、私の申請内容と異なる事実が発覚した場合には、直ちに本年度に係る納税申告を行うことを誓約いたします。

令和　○年　△月　○日

住　所　　大館市字中城２０番地

氏　名　　大館　太郎　　（印：大館）

お車を所有しているかたがご記入ください。

私が運転を行う＿大館　太郎＿所有の（自動車／**軽自動車**（○））につき、＿通院＿のためにのみ運転を行うことを誓約いたします。

令和　○年　△月　○日

住　所　　大館市字三ノ丸１０３番地４

氏　名　　大館　華子　　印（大館）

運転されるかたがご記入ください。

記　入　例

自動車
軽自動車　運行計画書

日	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
月	利用時間帯	午前９時～午後１時
	目的・用途	通院のため
	運用区間	自宅→〇〇病院→自宅
火	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
水	利用時間帯	午前９時～午後１時
	目的・用途	通院のため
	運用区間	自宅→〇〇病院→自宅
木	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	
金	利用時間帯	午前９時～午後１時
	目的・用途	通院のため
	運用区間	自宅→〇〇病院→自宅
土	利用時間帯	
	目的・用途	
	運用区間	

大館市福祉事務所長　様

私の所有する　自　動　車／軽 自 動 車　については、以上のとおり運行する予定です。

令和　〇年　△月　〇日

申請人住所　　大館市字中城２０番地

申請人氏名　　大館　太郎

お車を所有しているかたがご記入ください。

記　入　例

証　明　書

住　所　　　大館市字中城２０番地

氏　名　　　大館　太郎

上記の者に係る運行計画につき、当 ＿病院＿ へ、＿大館　華子＿ の

運転により、本人所有の 自　動　車 / 軽 自 動 車（○） で 通　学 / 通　院（○） / 通　所 / 通　勤 することに関しては、

運行計画の内容に相違ないことを証明いたします。

通院先の病院に証明してもらってください。

令和　○年　△月　○日

○○病院

大館市字三ノ丸１０３番地４

病院○○