

様式 1

自動車税等に係る生計同一証明書・証明願

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

住所
氏名

下記1の自動車等は、専ら下記2の障がい者のために、下記3の障がい者本人あるいは当該障がい者と生計を一にする者が運転するものであることを証明願います。

記

1 対象自動車等				
2 障がい者	氏名			
	住所	電話番号		
3 運転者	氏名		障がい者 との関係	
	住所	電話番号		
	運転免許証の番号			
4 減免措置の 適用の有無	有 ・ 無			

様式 2

自動車税等に係る生計同一証明書

第 号
年 月 日

様

寝屋川市保健所長 印

上記1の自動車等は、専ら上記2の障がい者のために、上記3の障がい者本人あるいは当該障がい者と生計を一にする者が運転するものであることを証明する。