

年 月 日

北海道札幌北道税事務所長 様

所在地

名称

担当医師名



電話番号 ( ) -

## 通院証明書

下記の内容は、次のおり当院に通院していることを証明する。

### 記

1. 患者氏名
2. 病 名
3. 初診年月日
4. 通院状況

月 別	回 数	月 別	回 数
年 月	回	年 月	回
年 月	回	年 月	回
年 月	回	年 月	回

※注 過去6ヶ月間の月別の通院回数を記載してください。

5. 入院状況

入院年月日	年 月 日
退院(予定)月日	年 月 日

※注 過去6ヶ月間の入退院の状況を記載してください。

※ この証明書は、北海道知事に対する自動車税(自動車取得税)の課税免除(減免)

申請に使用するものです。