

(申請者記入)→(福祉事務所で証明)→(軽自動車税担当課提出)

軽自動車税(種別割)に係る常時介護証明願

※(申請者記入)

※令和 年 月 日		※申請者(軽自動車等の所有者)	
福祉事務所長 様	住所		
	氏名	印	
	電話番号	()	
下記1の軽自動車等は、週に3日以上私(申請者)の介護のために下記2の者が運転するものであることを証明願います。			
1 対象軽自動車等 ※	(車検証の車両番号を記入してください。)		
	北九州	—	—
2 常時介護者 (運転者) ※	住所		
	氏名		
	運転免許証の番号		申請者との関係
証明に必要な添付書類: ①「常時介護証明に係る(軽自動車等)使用状況等申立書」 ②「常時介護証明に係る(通院・通学・通所・通勤)証明書」			

上記のとおり相違ないことを証明します。

なお、常時介護者の運転開始時期は、
平成 年 月 日であることが確認されます。
令和 年 月 日
・確認できません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長

印