

通院等自動車証明書 証明願（減免申請用）

年 月 日

新潟市長 中原 八一 様

申請者 住 所

団体の名称

代表者氏名

軽自動車税（種別割）減免申請に必要なので、下記事項について証明してください。

記

1 申請者は、次のいずれかに該当するものであること。（該当する項目を丸で囲んでください）

- (1) 社会福祉法人であること。
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」）に規定する障がい福祉サービス事業（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障がい者等包括支援を除く）を行うNPO法人で、指定障がい福祉サービス事業者として知事又は新潟市長から指定を受けているものであること。
- (3) 障害者総合支援法に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームの運営を行うNPO法人で、補助金の交付又は業務の委託を受けているものであること。
- (4) 市町村から施設運営に係る補助金の交付又は業務の委託を受け、身体障がい者等が通所する施設（地域活動支援センター等）の運営を行う保護者団体等（身体障がい者等又はその保護者が主体となって運営するNPO法人を含む）であること。

2 次の施設は、申請者が設置したもので（施設の設置者が国又は地方公共団体で、当該施設の管理運営を申請者が行っている場合を含む）、専ら身体障がい者、知的障がい者又は精神障がい者を入所又は通所させる施設であること。

3 次の軽自動車は、申請者が所有するもので（所有権が留保されている場合は使用者であることを含む）、専ら下記施設において通院、通所又は通園に使用されているものであること。

施設名及び所在地	施設名		
	所在地		
減免対象となる 軽自動車	登録番号	車名	車種
利用目的			
備考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

新 第 号
年 月 日

新潟市長 中原 八一 印