

身体障害者手帳をお持ちの方以外が運転する場合のみご記入ください。

(様式 2)

証 明 書

住所 (障がいのある方等) _____

氏名 (障がいのある方等) _____

上記の者に係る、当
学校
病院
施設
会社

(介護者： _____) の運転により、上記の者が所有の軽自動車で

通学
通院
通所
通勤
することについて、下記のとおり証明いたします。

通学	1 ヶ月	平均	日程度
通院			
通所			
通勤	1 週間		

年 月 日

学校
病院
施設
会社
長 印