（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）

学校

病院

施設

会社

上記の者に係る、当　　　　　　　　へ、

（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

することについては、下記のとおり証明いたします。

|  |
| --- |
| 　通学通院通所通勤　　　　　　　　　　　　　１ヶ月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平均　　　　　　日程度　　　　　　　　　　　　　１週間 |

　　　年　　　月　　　日

学校

病院

施設

会社

　　　　　　　　　　　 　　　長　　　　　　　　　　　　印