

平成 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

印

電話番号 () -

通院証明書

下記のもの、次のと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。