

証 明 (願) 書  
(生計を一にする者・常時介護する者)

年 月 日

群馬県健康福祉部国保援護課長  
群馬県保健福祉事務所長  
福祉事務所長  
村

あて

申請者 住 所  
氏 名

県税条例第147条の19第2項及び第162条第2項の規定により、次の  
事項の証明をお願いします。

自動車登録番号			
身体障害者等	住 所		
	氏 名	生年月日	年 月 日
運 転 者	住 所		
	氏 名	身体障害者等との続柄	
自動車の所有者 (身体障害者等、運 転者のいずれとも異 なる場合のみ記入し てください。)	住 所		
	氏 名	身体障害者等との続柄	
上記のとおり専ら 該身体障害者等を常時介護する者	身体障害者等のために、当該身体障害者等と生計を一にする者 身体障害者等のみで構成される世帯の身体障害者等のために当 が運転するものです。		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
			年 月 日
			群馬県健康福祉部国保援護課長 群馬県保健福祉事務所長 福祉事務所長 村 印

- 注 1 「自動車の所有者」とは、自動車の登録上の所有者（売主が所有権を留保している場合は買主）をいいます。
- 2 「自動車の登録番号」が未定の場合には、減免申請書受付の際、自動車税事務所長等が確認のうえ記入する。