

証 明 (願) 書 (生計を一にする者・常時介護する者)			
			年 月 日
群馬県健康福祉部地域福祉課長 群馬県 保健福祉事務所長 保 健 所 長 あて 福 祉 事 務 所 長 市 町 村 長			
申請者 住 所 氏 名			
県税条例第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 の 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 該身体障害者等を常時介護する者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
群馬県健康福祉部地域福祉課長 群馬県 保健福祉事務所長 保 健 所 長 印 福 祉 事 務 所 長 市 町 村 長			

- 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。