

証 明 書

身体障害者等 住 所

氏 名

上記の者に係る運行計画につき、当
（学校、病院、施設等名称）へ、
（常時介護者氏名）の

運転により 本 人 通学
生計を一にする者 の所有の軽自動車 通院
 通所
 通勤
 することに関しては、

運行計画の内容に相違ないことを証明いたします。

年 月 日

住所又は所在地

施設等名称

長の職名・氏名

印