

## 福祉車両証明書

車両番号 (標識番号)	
車台番号	
型 式	
構 造	<input type="checkbox"/> 助手席シートリフト <input type="checkbox"/> 車いす収納装置 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他 ( )  ※ 該当する構造にチェックをしてください。その他の場合には構造を詳しくご記載ください。

上記の車両について、表記の構造を有していることを証明いたします。

なお、本証明書の提出をもって、内容確認のため苫小牧市から連絡が来ることにも同意いたします。

令和 年 月 日

住所 (所在地)

氏名 (商号)

電話番号

ご担当者名