証明願

（様式４）

年　　月　　日

(あて先)　八尾市長

事業実施者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　年度分の固定資産税の非課税措置を受けるため、当法人が経営する　　　　　における「無料又は低額患者の割合」が、　　　％であることの証明書について申請します。