年　　月　　日

横　浜　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

施設所在地

代表者名

証　　明　　願

年度分の固定資産税及び都市計画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「無料又は低額診療患者の割合」が、　　　　%であることを証明してくださいますようお願いいたします。