令和　年　　月　　日

大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 代表者名 |  |

証　　　　明　　　　願

　令和５年度分の固定資産税の非課税措置を受けるため、当法人が経営する〇〇〇〇病院における「無料又は低額患者の割合」を証明してくださいますようお願いいたします。