

個人番号カード顔写真証明書

(入院・入所者用)

いちき申木野市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	性別	男・女
電話番号			

申請者本人の 顔写真添付欄

私は、上記個人番号カード交付申請者が、添付した写真の者と同一人物であることを証明します。

(施設長記載)

施設名	
施設住所	
施設長名	
電話番号	