

(病院へ入院・施設へ入所されている方)

個人番号カード顔写真証明書

白糠町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名			
住 所	白糠町		
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女
電 話 番 号			

申請者本人の
顔写真貼付欄

私は、上記個人番号カード交付申請者が、貼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			
施設の住所			
氏 名			
電 話 番 号			