

個人番号カード顔写真証明書（入院者・施設入所者用）

大野市長 様

令和 年 月 日

（申請者本人）

氏名						
住所	福井県大野市					
生年月日	T・S・H	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、貼付した写真のもの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	() -				

※証明者の自署または記名押印