

様式第1-1

(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

大竹市長

年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	大竹市		
生年月日		性別	男・女

申請者本人の
顔写真貼付欄
・最近6ヶ月以内に撮
影・正面・無帽・無背
景・鮮明・写真印刷専
用紙で印刷したもの

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	
施設所在地	
氏名	※署名又は記名押印
電話番号	