

個人番号カード顔写真証明書  
(施設長及び法定代理人)

茅ヶ崎市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	茅ヶ崎市		
生年月日		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。  
※申請者本人が病院、施設等に入院・入所している場合、入院・入所していることも証明します。

(施設長及び法定代理人記載) ※法定代理人の方は施設名、施設長氏名、施設の住所の記入は不要です。

施設名		施設長氏名	
施設の住所			
電話番号	( )		
法定代理人氏名			
本人との関係 (法定代理人のみ)			