

個人番号カード顔写真証明書  
(施設長)

(病院へ入院・施設へ入所されている方)

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。

(施設長記載)

施設名	
施設の住所	
施設長氏名	
電話番号	( )