

個人番号カード顔写真証明書
(入院または入所している方用)

令和 年 月 日

(あて先)寒川町長

(申請者本人)

氏名				
住所				
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女
電話番号				

申請者本人の
顔写真添付欄

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・院長等記載)

施設名	
施設の所在地	
氏名	
電話番号	