

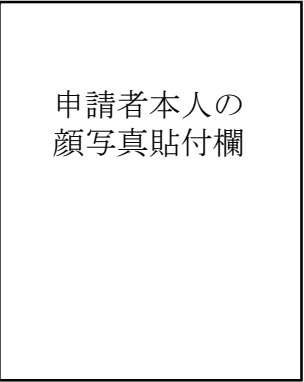
個人番号カード顔写真証明書 兼 施設等入所・入院証明書

三原市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日		性別	男・女
電話番号			



- 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。
- 私は、上記個人番号カード交付申請者が、下記施設に入所・入院していることを証明します。

(施設長等記載)

施設名			
施設の住所			
氏名	※署名または記名・押印		
電話番号			