

(長期で病院に入院・介護施設等に入所されている方)

個人番号カード顔写真証明書

令和 年 月 日

美祢市長 様

(申請者本人)

氏 名			
住 所	美祢市		
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。

(施設長記載)

施 設 名	
施 設 の 住 所	
氏 名	※署名又は記名押印
電 話 番 号	