

個人番号カード顔写真証明書

柏崎市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名					
住所	柏崎市				
生年月日	年	月	日	性別	男・女
電話番号	—	—			

申請者本人の
顔写真貼付欄

直近6か月以内に
撮影したもの

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り、
現在、当施設に入院・入所していることを証明します。 令和 年 月 日

(施設長記載)

施設名				
施設の住所				
氏名				
電話番号				