

(病院に入院又は施設に入所している方用)

個人番号カード顔写真証明書

幕別町長 宛

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
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

※最近6ヶ月以内に  
撮影、正面、無帽、  
無背景、鮮明に印  
刷したもの

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	