

申請者が施設・病院に入所・入院されている方

個人番号カード顔写真証明書

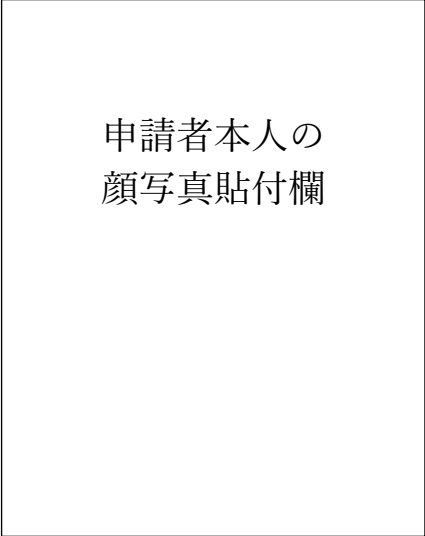
別紙 1－1

芦北町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	熊本県葦北郡芦北町大字		
生年月日		性別	男・女
電話番号			



私は、上記個人番号カード申請者が、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・病院長記載)

施設・病院名			
施設・病院の住所			
施設長・病院長名			
電話番号			

個人番号カード顔写真証明書

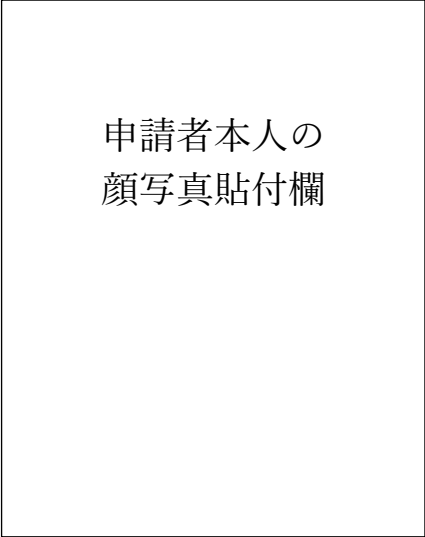
別紙 1－1 (記入例)

芦北町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	芦北 太郎		
住所	熊本県葦北郡芦北町大字芦北 2 0 1 5 番地		
生年月日	H17.1.1	性別	男・女
電話番号	〇〇〇-××××-△△△△		



私は、上記個人番号カード申請者が、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・病院長記載)

施設・病院名	××××施設・病院		
施設・病院の住所	熊本県葦北郡芦北町大字××〇〇番地		
施設長・病院長名	佐敷 次郎	※施設長・病院長名の欄は、署名または記名押印（押印は認印、施設印、病院印も可）	
電話番号	〇〇〇-××××-△△△△		