

## 個人番号カード顔写真証明書

朝霞市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人) ※長期入院、介護施設等入所者のみ有効となります。

氏名			
住所			
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、また現在入院・入所中であることを証明します。

(施設長記載)

施設名	
施設の住所	
施設長氏名	
電話番号	