

## 個人番号カード顔写真証明書

長崎市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男・女
電話番号			

申請者本人の  
顔写真貼付欄(お顔がはっきりと認識できる  
もの)

私は、上記個人番号カード交付申請者が、当病院もしくは当施設に入所しており、貼付した写真の者と同一人物であることを証明します。

(病院・施設長記載)

病院・施設名	
施設の住所	
氏名 (署名又は記名押印)	
電話番号	