

個人番号カード顔写真証明書

(病院へ入院・施設へ入所されている方)

令和 年 月 日

宝塚市長 あて

(申請者本人)

氏名						
住所	宝塚市					
生年月日	T・S・H・R	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 か月以内に
撮影され、正面、
無帽、鮮明である
ものに限る。

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					
電話番号					