

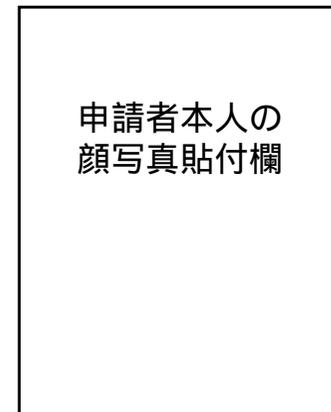
個人番号カード顔写真証明書
交付申請者が長期入院・介護施設入所者の場合

荒川区長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名					
住所	東京都荒川区				
生年月日	年	月	日	性別	男・女
電話番号	()				



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。

(病院・施設長記載)

病院・施設名					
病院・施設の住所					
氏名					
電話番号	()				