

個人番号カード顔写真証明書（長期入院・介護施設等入所者用）

年 月 日

府中市長 様

（申請者本人）

|      |  |    |     |
|------|--|----|-----|
| 氏名   |  |    |     |
| 住所   |  |    |     |
| 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 |  |    |     |

|                  |
|------------------|
| 申請者本人の<br>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  |  |  |  |