

様式 1 - 1 長期入院・施設に入所されている方の証明用

個人番号カード顔写真証明書

加賀市長 様

令和 年 月 日

申請者本人記入欄

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

申請者本人の 顔写真貼付欄

- *サイズ (縦 4.5 cm × 横 3.5 cm)
- *最近 6 か月以内に撮影
- *正面, 無帽, 無背景のもの
- *裏面に氏名, 生年月日を記入してください

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。

施設長記載欄

令和 年 月 日

病院名・施設名	
施設長氏名	※署名または記名・押印
施設の所在地	
電話番号	

個人番号カード

市役所への提出日を記入します

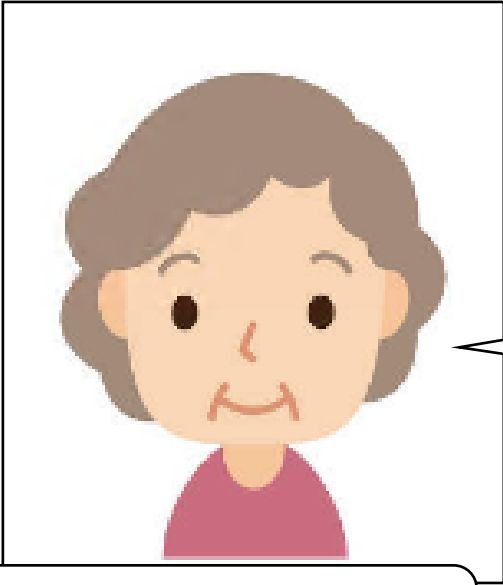
加賀市長

申請者本人の情報を記入します

令和 4 年 5 月 16 日

申請者本人記入欄

氏名	加賀 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
住所	加賀市 大聖寺南町二 41 番地		
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 15 年 10 月 1 日		
電話番号	0761-72-7881		



- * サイズ (縦 4.5 cm × 横 3.5 cm)
- * 最近 6 か月以内に撮影
- * 正面, 無帽, 無背景のもの
- * 裏面に氏名, 生年月日を記入してください

申請者本人の写真を貼ります

入院・入所先に記載してもらった日を記入します

入院・入所先にて記入してもらってください

貼付した写真の者と同一人物である

施設長記載欄

令和 4 年 5 月 9 日

病院名・施設名	〇〇病院	代筆やゴム印等による記名の場合は、 押印が必ず必要です
施設長氏名	病院 一郎	
施設の所在地	加賀市〇〇町二 2 番地 3	
電話番号	0761-72-1111	

※署名または記名・押印