

個人番号カード顔写真証明書  
(入院または入所している方用)

上砂川町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	上砂川町		
生年月日		性別	男・女
電話番号			

申請者本人の  
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			