

個人番号カード顔写真証明書

様式第 1 - 1
(入院・入所している方用)

年 月 日

市 川 市 長 宛

(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
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	

見 本

個人番号カード顔写真証明書

様式第 1 - 1
(入院・入所している方用)

令和 7 年 7 月 7 日

市 川 市 長 宛

(申請者本人)

顔写真は、お顔が分かる範囲でしたらサイズは問いません

氏 名	市川 太郎		
住 所	市川市南八幡4丁目2番5号 いちかわ情報フラザ1階 101号室		
生年月日	昭和 5 年 5 月 5 日	性 別	男 ・ 女
電話番号	090-1234-5678		

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)

必ず、病院・施設の方が記入してください。必要事項に漏れがなければ、手書きに限らず、施設のスタンプでも構いません

施 設 名	市川〇〇〇〇病院
施設の住所	市川市八幡1丁目1番1号
氏 名	病院長 市川 花子
電話番号	047-334-1111(代表)

押印は不要です(任意で押印していただく分には構いません)