

第31号様式の2（第19条関係）

（入院・施設入所者用）

個人番号カード顔写真証明書

年 月 日

多摩市長 殿

（個人番号カード交付申請者本人）

氏 名			
住 所			
生 年 月 日		性別	
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。

（病院長又は施設長の記入欄）

病院又は施設の名称	
病院又は施設の所在地	
病院又は施設の代表者の氏名	
病院又は施設の電話番号	

※ この様式は、個人番号カードの交付を申請する者が長期で入院し、又は介護施設等に入所している場合に、申請に必要なその者の顔写真を証明するときに使用します。

（事務処理記入欄）

証明確認	担当者	確認日	確認方法、確認書類等

第31号様式の2（第19条関係）

（入院・施設入所者用）

個人番号カード顔写真証明書

**（記入例）**

令和〇年 〇月 〇日

多摩市長 殿

（個人番号カード交付申請者本人）

氏名	多摩太郎		
住所	多摩市 関戸〇丁目〇番地〇		
生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		

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。

（病院長又は施設長の記入欄）

病院又は施設の名称	特別養護老人ホーム 〇〇
病院又は施設の所在地	〇〇市 〇〇 〇丁目〇番地〇
病院又は施設の代表者の氏名	（施設長の氏名）
病院又は施設の電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

※ この様式は、個人番号カードの交付を申請する者が長期で入院し、又は介護施設等に入所している場合に、申請に必要なその者の顔写真を証明するときに使用します。