

※施設入所・入院中，通院・通所中，自宅療養等によりご本人が来庁できない場合，
医療機関または施設の方に作成してもらってください。

別紙様式第1

個人番号カード顔写真証明書 兼 代理受取疎明書
※この証明書は，病院長または施設長が全てご記入ください。

高 知 市 長 様

令和 年 月 日

(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

以下，該当するものにレ点を入れてください。

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。

〔 当人は， 当施設に（入所中・入院中・通所中・通院中）
 自宅療養中（症状： ）
であり，窓口に向くことは困難であると認めます。 〕

(施設長・病院長)

施設/病院名	
施設/病院の 住 所	
施設/病院長 氏 名	
電 話 番 号	