

個人番号カード交付申請者 入所証明書

天草市長 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 | | | |

私は、上記個人番号カード交付申請者が、令和 年 月 日現在当施設に入所(入院)され、外出することが困難な状況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 | (印) | | |
| 電話番号 | | | |