

入院・入所・() 証明書

高梁市長 様

申出人住所 _____
電話番号 _____
申出人氏名 _____
本人との続柄 _____

次の者は当医療機関・施設等に入院・入所・ _____ しています。

個人番号カード交付申請者

| | |
|------|----------------|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 住所 | |

平成 年 月 日

医療機関・施設等名 _____

担当者氏名 _____ ※本人自署の場合には押印省略可

※本証明書は、「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行令」第13条3項に基づき、交付申請者の出頭が困難であることを疎明する資料として医療機関・施設等に入院・入所していることを当該医療機関・施設等関係者に証明してもらうものです。

高梁市記入欄 電話 ・ 入退所連絡票 (いずれかに○を付す)

確認職員氏名 _____
医療機関施設電話番号 _____