

入院・入所・() 証明書

高梁市長 様

申出人住所	代理人の住所
電話番号	代理人の電話番号
申出人氏名	代理人の氏名
本人との続柄	申請者本人との続柄

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	申請者本人の氏名
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	申請者本人の住所

病院または施設の職員に 平成 年 月 日
記載してもらってください。

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 _____