この証明書は、個人番号カードに関する手続きについて、本人が来庁できないことを証明するものです。

入院証明書

（宛先）福 井 市 長

本　人 （申請者）	【住　　所】福井市
	【氏　　名】
	【生年月日】　大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日
	【入院期間】　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日（予定）

上記の者は、上記期間本院に入院しているため、個人番号カードに関する手続きについて、本人が来庁できないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

入 院 先　　【所 在 地】

【病 院 名】

【代 表 者】　　㊞

（証 明 者）

【電話番号】　　（　　）