

個人番号カード顔写真証明書

(病院・施設に入院・入所されている方)

赤穂市長 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
顔写真貼付欄最近6か月以内に撮影、
正面、無帽、無背景、
鮮明、写真印刷専用紙
で印刷したもの

注意：添付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子・サングラス・マスクなどにより個人識別が容易でない等により、マイナンバーカードの顔写真と申請者本人の同一性が確認できない場合は、マイナンバーカードを交付することができないことがあります。

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。

(施設長記載)

施設名			
施設の住所			
氏名			
電話番号			