

個人番号カード顔写真証明書

(長期入院・施設入所されている方)

下松市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	下松市		
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	性別	男・女
電話番号	自宅 携帯		

申請者本人の
顔写真貼付欄・正面、無帽、無
背景、鮮明である
こと※本人の顔が視認
しづらい写真では
証明できない場合
があります

注意:貼付された写真が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、市役所への来庁が困難であり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	※署名又は記名押印
電話番号	

持参物確認

☐ 交付通知書※本人・代理人の氏名と住所、暗証番号を記入し
目隠しシールを貼付て持参ください☐ 通知カード (お持ちの方のみ)☐ 本人身分証 (原本)・・・2 点☐ 代理人身分証 (原本)・・・2 点※うち 1 点以上は官公庁発行の有効期限内である
写真付証明書を持参ください☐ 来庁困難理由書類 (この書類など)☐ 住基カード (お持ちの方のみ)