

## 個人番号カード顔写真証明書

(病院に入院・施設に入所されている方)

新見市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名			
住 所	新見市		
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ヶ月以内に撮影、  
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：貼付された写真が不鮮明、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	※署名または記名押印		
電 話 番 号			