

個人番号カード顔写真証明書

東京都狛江市長 様

病院へ入院・施設へ入所
されている方用

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カ月以内に
撮影、無帽、正面、
鮮明なもの

※貼付された写真が不鮮明等の理由により、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の交付ができない場合があります。

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	