

病院や施設へ入院／入所している方

個人番号カード顔写真証明書

大村市長

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	
住所	大村市
生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和・西暦 年 月 日
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、鮮明なもの

※貼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場合、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ため、マイナンバーカードを交付することができません。ご注意ください。

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／病院長)

施設 ／ 病院	名称	
	所在地	
	氏名 (施設長／病院長)	※署名または記名押印
	電話番号	