

個人番号カード顔写真証明書

山形市長 様

長期で入院している方
介護施設等に入所している方

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名						
住所	山形市					
生年月日	T・S・H・R	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、無帽、
無背景のもの

注意：貼付された写真がカードの顔写真と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	