

個人番号カード顔写真証明書

柳川市長 様

令和 年 月 日

・申請者本人

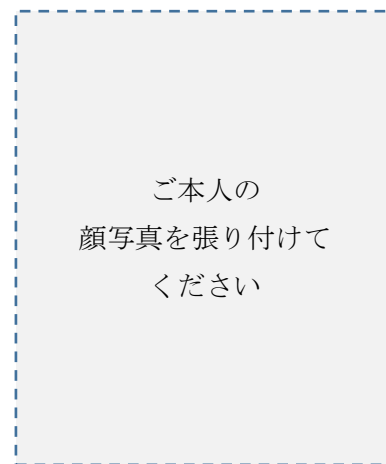
氏名		生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住所	柳川市		
電話番号		性別	男 ・ 女

私は、上記個人番号カード交付申請者が貼付した写真のものと同一であることを証明します。

①申請者が 18歳以下、又は成年被後見人の場合

・法定代理人 記載

氏名		※署名
本人との関係	父 ・ 母 ・ [ ]	
電話番号		



②申請者が病院、または福祉施設へ入所している場合

・病院長、または施設長 記載

施設名	
施設住所	
施設長名	※署名、または記名+押印
電話番号	

※6ヵ月以内に撮影、正面、無帽、無背景で鮮明な写真で印刷し貼付してください。不鮮明等でお顔が判別できない場合はマイナンバーカードの交付ができません。

③申請者が在宅で保健医療、福祉サービスを受けている場合

・介護支援専門員記載

氏名	
----	--

・指定居宅介護支援事業者の長 記載

事業者名	
事業者の住所	
氏名	※署名、または記名+押印
電話番号	

『個人番号カード顔写真証明書』について

この用紙は、ご本人が上記(①～③)のいずれかに該当し、ご本人が来庁困難である、かつ顔写真付きの本人確認書類を所持していない場合に使用します。そのほか交付に必要なものについては市へお問い合わせください。