

個人番号カード顔写真証明書

※長期入院・施設入所者の方

苫小牧市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名			
住 所	苫小牧市		
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カ月以内
に撮影され、正面、
無帽、無背景、鮮
明で写真専用紙で
印刷されたもの

注意事項：貼付された写真が不鮮明である場合や、帽子・サングラスなどにより個人の識別ができない場合など、個人番号カード（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、個人番号カードの交付はできません。

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。

(病院長・施設長記載)

病 院 ・ 施 設 名			
病 院 ・ 施 設 所 在 地			
病院長・施設長 職・氏名			印 ※代表印を押印してください。
電 話 番 号			

※証明の内容について、病院・施設に確認することがあります。