

個人番号カード顔写真証明書

別紙様式第 1 - 1

(代理受取に必要な“顔写真付の身分証明書”をお持ちでないときに作成してご利用ください)
(この様式は長期入院者や施設に入所している方にのみ有効です)

豊見城市長 殿

令和 年 月 日

(申請者本人) ※受け取る個人番号カードの本人の氏名を記入してください。

氏 名					
住 所	豊見城市				
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	性 別 男 ・ 女
電 話 番 号					

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。

(病院長または施設長記載)

病 院 ・ 施 設 名					
病 院 ・ 施 設 の 住 所					
氏 名	※署名または記名押印				
電 話 番 号					

申請者本人の
顔写真貼付欄

※顔がはっきりと写った写真を貼
り付けてください。

※同一人物と判る写真を貼り付け
てください。

※自宅でプリントした画像でも可
能です。

※写真の加工などはしないでくだ
さい。

その他提出書類

- ①この顔写真証明書のほかにご本人の本人確認書類を2点提示してください（例：資格確認書、介護保険者証、年金手帳等）
- ②窓口受取の代理人の本人確認書類を2点提示してください（顔写真付きの身分証【例：運転免許証】＋資格確認書等）