

個人番号カード顔写真証明書

<input type="checkbox"/>	病院・施設等に入所している方
<input type="checkbox"/>	在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方

(上記いずれかにチェック☑をお願い致します。)

清瀬市長宛

令和 年 月 日

[申請者本人]

住 所				
氏名フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女	
電 話 番 号				

申請者本人の 顔写真貼付欄 サイズ (縦 4.5 cm× 横 3.5 cm)
--

【写真についての留意事項】

※貼付いただいた写真とマイナンバーカードの写真を照らし合わせ、係員が本人と判断できたのちにカードのお渡しとなります。そのため貼付いただく写真については直近6ヶ月以内に撮影されたものをご準備ください。

※写真については本人の顔を明確に確認出来る写真に限ります。

※疑義が生じた場合係員複数で判断し、ご本人と判断しかねる場合は交付出来ない場合もあります。

※写真は普通用紙での印刷ではなく、写真専用用紙で現像したものを貼付してください。

【施設職員または介護支援専門員記入】

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（事業者）住所	
施設（事業者）名	
施設（事業者）長名	
記 入 者 名	
施設（事業所）電話番号	

市民課 確認覧 担当者