

# 個人番号カード顔写真証明書

各務原市長 宛

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日		性別	男・女
電話番号			

申請者本人の 顔写真貼付欄
------------------

- ※1: カード受取予定日から6か月以内の写真を貼り付けてください
- ※2: 写真の大きさは、縦4cm・横3cmを目安にしてください。また、本人と分かるよう、正面を向き、無帽の写真をご準備ください。

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・施設の住所			
氏名			
電話番号			

病院長の印 施設長の印 (事業所印)
--------------------------

# 見 本 例

**太枠で囲われている箇所をご記入ください。  
また、写真貼付欄に写真を貼り付けてください。**

令和〇年〇月〇日

各務原市長 宛

(申請者本人)

氏名	申請者ご本人の氏名		
住所	住民票のある住所		
生年月日	〇年〇月〇日	性別	男・女
電話番号	自宅または携帯電話番号のいずれか		

**写真を  
貼り付け  
てくださ  
い。**

いずれかに○をつけてください

- ※1：カード受取予定日から6か月以内の写真を貼り付けてください
- ※2：写真の大きさは、縦4cm・横3cmを目安にしてください。また、本人と分かるよう、正面を向き、無帽の写真をご準備ください。

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・施設の住所	
氏名	
電話番号	

**利用されている病院や施設に、  
記入をお願いしてください。**

病院長の印  
施設長の印  
(事業所印)