

個人番号カード顔写真証明書

足立区長 様

令和 年 月 日

申請者本人

| | | | |
|------|--|------|-----|
| 氏名 | | 生年月日 | |
| 住所 | | 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。

1 申請者が未成年者(18歳未満)または成年被後見人の場合

法定代理人記載欄

| | |
|--------|--|
| 氏名(署名) | |
| 本人との関係 | |
| 電話番号 | |

2 申請者が入院または介護施設等へ入所している場合

病院長・施設長記載

| | |
|-------|--|
| 施設名 | |
| 施設の住所 | |
| 施設長氏名 | |
| 電話番号 | |

3 申請者が在宅介護を受けている場合

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 | |
| 電話番号 | |

枠内に申請者本人の顔写真を貼付

※本人の顔が視認しづらい写真では証明
できない場合があります。

個人番号カード顔写真証明書及びマイナンバーカードの代理受領に関する注意点

個人番号カード顔写真証明書(本紙)について

本紙について

- 本紙は申請者が来庁困難である、かつ顔写真付本人確認書類が無い場合に使用します

本紙の申請者と記入者について

- 申請者が未成年者または成年被後見人である場合は、法定代理人が「申請者本人欄」、「1」欄を記入してください
- 申請者が入院、または介護施設等へ入所している場合は、病院長又は施設長が「2」欄を記入してください
- 申請者居宅介護を受けている場合は、指定居宅介護支援事業者の長及び介護支援専門員が「3」欄の該当箇所をそれぞれ記入してください

本紙に貼付する顔写真について

- 写真は印刷されたものをお持ちください
- 写真が貼付できない大きさである場合は本紙に添付してください
- 写真は撮影から概ね6か月以内かつ顔が判別できるものを使用してください(マスク・サングラス等をしているものは使用不可)

※その他交付に必要な持ち物は交付通知書に同封の「マイナンバーカード交付のご案内」をご確認ください