

# 個人番号カード顔写真証明書

(病院へ入院・施設へ入所されている方)

鎌倉市長 様

年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	鎌倉市		
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
最近6ヶ月以内に撮影、 正面、無帽、無背景、 鮮明、写真印刷専用 紙で印刷したもの

注意：貼付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子・サングラス・マスクなどにより個人識別が容易でない等により、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、マイナンバーカードを交付することができない場合があります。

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。

(施設長記載)

施設名	
施設の住所	
氏名	
電話番号	