

個人番号カード顔写真証明書
(病院へ入院または施設へ入所されている方)

松田町長

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

※最近6か月以内に撮影
※正面、無背景で、マスクや
帽子、サングラス等を着用
していないもの
※写真のサイズは問わないが、
カラーかつ鮮明であるもの

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			
所在地			
氏名			
電話番号			

○交付に必要な持ち物

- ・ 交付通知書(委任状や暗証番号の欄を全て申請者本人が記入したもの)
- ・ 通知カード
- ・ 個人番号カード(お持ちの方のみ)
- ・ 住民基本台帳カード(お持ちの方のみ)
- ・ 本人確認書類
- ・ 代理人の本人確認書類
- ・ 本人の来庁が困難であることを証明する書類

※この書類は、個人番号カードを受け取る場合に限り、使用することができます。

※詳細については、松田町のホームページをご確認いただくか、町民課窓口サービス係(0465-83-1225)までお問い合わせください。