

## 個人番号カード顔写真証明書(施設入所者・入院者・介護サービス利用者等)

奈良市長 様

令和 年 月 日

(交付申請者本人)

氏 名			
住 所	奈良市		
生 年 月 日	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
電 話 番 号			

交付申請者本人の  
顔写真貼付欄  
(写真のサイズは任意です。  
ただし、顔が確認できる鮮明  
な写真を貼付ください)

※個人番号カードの顔写真と交付申請者本人との同一性が確認できない場合は、個人番号カードを交付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・病院長・介護サービス事業者代表者等記載)

施設名・病院名・介護サービス事業者名	
施設・病院・介護サービス事業者等の住所	
施設長・病院長・介護サービス事業者代表者等の氏名	
電 話 番 号	

※個人番号カード交付申請者本人であることを第三者(介護施設等の代表者、入院されている病院の病院長、訪問医、介護サービス事業者の代表者等)が証明する書類です。親族の方は証明者になれません。