マイナンバーカード顔写真証明書

島田市長

令和　　年　　月　　日

（マイナンバーカード交付申請者）

氏名	
住所	島田市
生年月日	年　　月　　日
性別	
電話番号	

申請者本人の顔写真を貼付してください

私は、上記マイナンバーカード交付申請者が、証明日現在当施設に入所（入院）していること、及び貼付した写真の者と同一人物であることを証明します。

（施設長又は病院長記載）

施設又は病院名	
施設又は病院の住所	
施設長又は病院長の職氏名、押印	印
電話番号	

この証明書は、入所・入院中の方で市役所に来庁できない状態にある場合に、マイナンバーカードを代理人が受け取る場合の本人確認書類として使用します。

この証明書についての不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

島田市役所　市民課　電話　０５４７－３６－７１９４