

個人番号カード顔写真証明書  
(入院・施設に入所している方)  
※矯正施設を含む

別紙様式第 1 - 1

佐世保市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

|      |               |
|------|---------------|
| 氏名   |               |
| 住所   | 佐世保市          |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 |
| 電話番号 |               |

申請者本人の  
顔写真貼付欄

※直近6か月以内  
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・マスク等で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    | ※長の署名または記名押印 |
| 電話番号  |              |