

個人番号カード顔写真証明書  
(在宅介護用)

東大阪市長 様  
(申請者本人)

令和 年 月 日

※1	氏名				
	住所	東大阪市			
	生年月日	大・昭・平 令・西暦	年 月 日	性別	男・女
	電話番号				

申請者本人の  
顔写真貼付欄

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。

介護支援専門員・介護予防支援担当者 記載

※2	氏名	
----	----	--

指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者の管理者 記載

※3	事業者名	
	事業者の住所	
	事業者の管理者の氏名	
	電話番号	

【個人番号カード顔写真証明書について】

本人が市役所に来庁できず、代理人がマイナンバーカードをお受け取りする場合、

「顔写真付きの本人確認書類」の持参が必須であり、法令で定められております。

本証明書の作成・提出は必須ではありませんが、在宅で保健医療・福祉サービスの提供を受けている方が市役所に来庁できない場合、本証明書を「顔写真付きの本人確認書類」の一つとして使用することができます。

※本証明書の用途は、マイナンバーカードのお受け取り時に限ります。

※原本は回収いたします。

【個人番号カード顔写真証明書の記入・作成について】

介護支援専門員・介護予防支援担当者が申請者本人の顔写真を貼付し、※1,2の太枠の中を全て記入・作成してください。

事業者の管理者はその内容に問題がないことを確認し、※3の太枠の中を記入してください。

■写真規格

- ・最新6ヶ月以内に撮影されたもの
- ・鮮明に撮影されたもの
- ・正面、無帽で撮影されたもの
- ・傷や汚れのないもの
- ・申請者本人のみの平常時の顔であるもの
- ・サングラスなどで顔が隠れていないもの
- ・小さすぎず、頭の輪郭が全て収まっているもの