

# マイナンバーカード 代理受取時の持ち物

申請者本人は

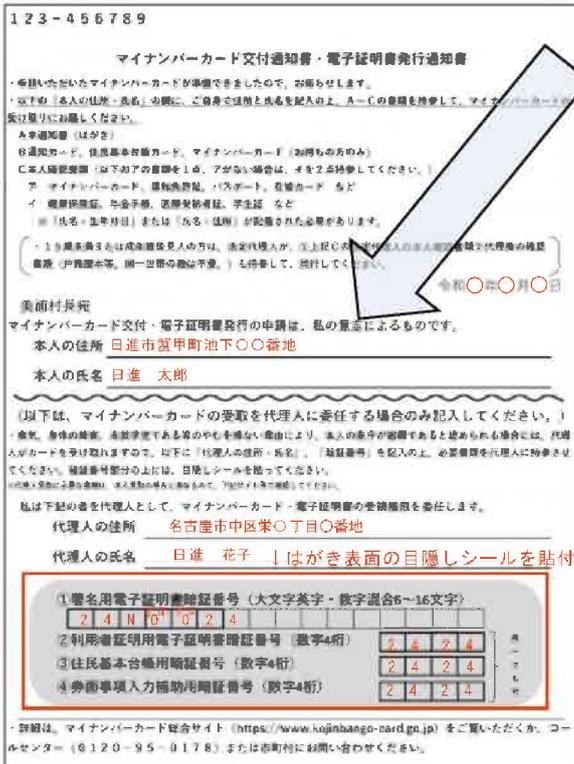
要介護・要支援認定者（在宅の方）

窓口に来る人は

任意代理人

チェック欄	持ち物（原本に限ります。コピー不可）（本人確認書類で有効期限のあるものは有効期限内に限る。ただし、マイナンバーカードに限って有効期限経過後6か月以内までは可）
	<p>申請者の本人確認書類</p> <p>①又は②の書類をお持ちください</p> <p>① A区分のうち1点とB区分のうち1点の合計2点</p> <p>② B区分のうち顔写真付1点と顔写真なし2点の合計3点</p> <p>A区分の例 マイナンバーカード（顔写真有）、運転免許証、在留カード等</p> <p>B区分の例 健康保険資格確認書、介護保険証、ケアマネ等が作成した顔写真証明書（裏面）</p>
	<p>任意代理人の本人確認書類</p> <p>③又は④の書類をお持ちください</p> <p>③ A区分のうち2点（例：運転免許証とマイナンバーカード）</p> <p>④ A区分のうち1点とB区分のうち1点の合計2点（例：運転免許証と診察券等）</p>
	申請者ご本人がお越しになれないことを証明する書類（いずれか1点） 介護保険証、認定結果通知書、ケアマネ等が作成した顔写真証明書
	元々のマイナンバーカード（更新・再交付でお持ちの方のみ） （受取時に返納が出来ない場合、原則として手数料（1,000円）が発生します。）
	通知カード（お持ちの方のみ）
	交付通知書（はがき）

本人確認書類一覧は市ホームページで確認ください。

1 2 3 - 4 5 6 7 8 9

マイナンバーカード交付通知書・電子証明書発行通知書

※届いた日付にマイナンバーカードが到着できましたので、お持ちください。

※以下の「本人の住所・氏名」欄に、ご自身で住所と氏名を記入の上、A～Cの欄を併せて、マイナンバーカードの返付用にお届けください。

A 交付通知書（はがき）

① 運転免許証、在留カード、マイナンバーカード（お持ちの方のみ）

② 本人確認書類（以下①のいずれか1点、Aがない場合は、これを2点添付してください。）

ア マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カード など

イ 健康保険証、年金手帳、医療保険証、学生証 など

※「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載された必要があります。

※1より異なる住所または成金受取人の方は、法定代理人が、上記Cの欄に「本人確認書類を代理受取る者の氏名（戸籍簿等、同一世帯の者は不要）」を併せて、添付してください。

令和〇年〇月〇日

奥平村長宛

マイナンバーカード交付・電子証明書発行の申請は、私の意志によるものです。

本人の住所 日進市荻甲町池下〇〇番地

本人の氏名 日進 太郎

（以下は、マイナンバーカードの受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。）

※ 委任の趣旨、委任期間等がある等の事由により、本人の意思が確認できると認められる場合には、代理人のカードを受け取りますので、以下に「代理人の住所・氏名」、「暗証番号」を記入の上、必要書類を代理人に持参してください。暗証番号欄の上には、目隠しシールを貼ってください。

私は下記の者を代理人として、マイナンバーカード・電子証明書の受領権限を委任します。

代理人の住所 名古屋市中区栄〇丁目〇番地

代理人の氏名 日進 花子 ↓はがき表面の目隠しシールを貼付

① 電子用電子証明書暗証番号（大文字英字・数字混合6～16文字）  
2 4 N 0 0 2 4

② 利用者証明用電子証明書暗証番号（数字4桁）  
2 4 2 4

③ 住民基本台帳用暗証番号（数字4桁）  
2 4 2 4

④ 郵便事項入力補助用暗証番号（数字4桁）  
2 4 2 4

※詳細は、マイナンバーカード総合サイト（<https://www.kojinbango-card.go.jp>）をご覧ください。コールセンター（0120-95-0178）または市町村にお問い合わせください。

裏面の回答書の住所・氏名欄、委任状欄を必ず記入し、お持ちください。  
暗証番号欄に目隠しシールを貼付してください。

**交付通知書が見当たらない場合**  
日進市市民課まで連絡し、交付通知書の再発行手続きをしてから、カードをお受け取りください。

日進市 市民課  
電話：0561-73-1289  
F A X：0561-72-4554

個人番号カード顔写真証明書

日進市長 様

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
------------------

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。

(介護支援専門員記載)

氏名	
----	--

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
事業者の住所	
氏名	
電話番号	