

個人番号カード顔写真証明書

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方)

上郡町長 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

注意:添付された写真が不鮮明、背景と顔・頭の輪郭が同化、帽子・サングラス・マスクなどにより個人識別が容易でないなど、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、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。

(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	