

# 個人番号カード顔写真証明書

在宅で保健医療サービス又は福祉サービスの提供を受けている方

愛知県清須市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名						
住所						
生年月日	T・S・H・R	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。

(注意) 写真が不鮮明、帽子・サングラス・マスク等により、個人番号カードの顔写真と同一性が確認できない場合、個人番号カードの受け取りができない場合があります。

( 介護支援専門員 記載)

氏名	(署名又は記名押印)
----	------------

( 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	(署名又は記名押印)
電話番号	