

# 個人番号カード顔写真証明書

大河原町長 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<br>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   |  |