

個人番号カード顔写真証明書

(在宅で保健医療サービスの提供を受けている方・在宅で福祉サービスの提供を受けている方)

上山市長 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
顔写真貼付欄最近6ヶ月以内に
撮影、無帽、無背景のもの

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。

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

氏名	※署名または記名押印。
----	-------------

(介護支援専門員記載)

事業者名	
事業者の住所	
氏名	※署名または記名押印。
電話番号	

注意：貼付された写真がカードの顔写真と同一性が確認できない場合は、マイナンバーカードを交付できない場合があります。