

個人番号カード顔写真証明書

佐々町長 様

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 | |