

個人番号カード顔写真証明書

小美玉市長 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 |
|------------------|

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。

(病院長記載)

| | |
|-------|--|
| 病院名 | |
| 病院の住所 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |

個人番号カード顔写真証明書

小美玉市長 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 |
|------------------|

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 | |