

個人番号カード顔写真証明書

大田原市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名			
住 所	大田原市		
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦 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、介護支援の対象者であり、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	