

個人番号カード顔写真証明書

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方)

入間市長 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

注意：貼付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子・サングラス・マスクなどにより個人識別が容易でない等により、マイナンバーカードの顔写真と申請者本人の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することができません。

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	印
----	---

(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	印
電話番号	