

個人番号カード顔写真証明書
(在宅支援を受けている方用)

利根町長 様

(申請者本人)

令和 年 月 日

氏 名			顔写真貼り付け欄 ・最近6ヶ月以内に撮影 ・正面、無帽、無背景のもの ・裏面に氏名、生年月日を記入してください
住 所			
生年月日		性別	男 ・ 女
電話番号			

私は、上記個人番号カード申請者が、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	

代理人 記載 欄	代理人 氏名 (自署)		本人との 関係	
	代理人 住所	〒 (電話番号：)		

※ 事務処理記載欄

受付担当者	受付年月日
	令和 年 月 日

