

個人番号カード顔写真証明書
(在宅医療福祉サービス利用者用)

令和 年 月 日

妙高市長 様

(申請者)

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

※白黒写真可
※パソコンで写真
データを貼り付け
して作成しても構
いません

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。

(指定居宅介護支援事業者の長または介護支援専門員（ケアマネージャー）記載欄)

事業者名			
事業者の所在地			
氏名			
電話番号			