個人番号カード顔写真証明書（在宅介護者用）

別紙様式第1-2

大野市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（申請者本人）

申請者本人の

顔写真貼付欄

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 福井県大野市 |
| 生年月日 | T・S・H　　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　－ |

私は、上記個人番号カード交付申請者が、貼付した写真のもの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記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

（介護支援専門員記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業所の住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　－ |

※証明者の自署または記名押印