

個人番号カード顔写真証明書（在宅介護者用）

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