

様式第1-2
(在宅介護を受けている方)

個人番号カード顔写真証明書

大竹市長

年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	大竹市		
生年月日		性別	男・女

申請者本人の 顔写真貼付欄 ・最近6ヶ月以内に撮 影・正面・無帽・無背 景・鮮明・写真印刷専 用紙で印刷したもの

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	※署名又は記名押印
----	-----------

(指定居宅介護支援業者の長記載)

事業者名	
事業者の住所	
氏名	※署名又は記名押印
電話番号	