

個人番号カード顔写真証明書

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方)

東員町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	東員町		
生年月日		性別	男・女
電話番号			

申請者本人の
顔写真貼付欄

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	
----	--

(施設長記載)

施設名	
施設の住所	
氏名	
電話番号	