

個人番号カード顔写真証明書
(在宅で保健医療、福祉サービスの提供を受けている方)

波佐見町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名					
住 所	波佐見町	郷	番地		
生 年 月 日	大・昭・平・令	年	月	日	
電 話 番 号					

**申請者本人の
顔写真貼付欄**

※直近6か月以内撮影、正面、無帽、無背景、鮮明、写真印刷専用紙で印刷したもの

注意：貼付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子、サングラス・マスク等でマイナンバーカードの顔写真と申請者本人の同一性が確認できない場合は、マイナンバーカードを交付することができない場合があります。

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	
-----	--

※署名または記名押印

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事 業 者 名	
事業者の住所	
氏 名	
電 話 番 号	

※署名または記名押印