

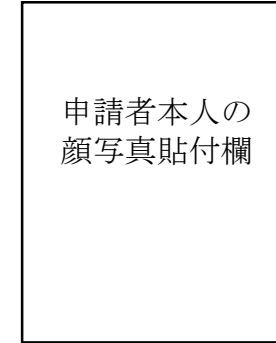
個人番号カード顔写真証明書

令和 年 月 日

秦野市長宛

(申請者本人)

氏名						
住所	秦野市					
生年月日	大正 昭和 平成 令和	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
----	----------

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
事業者の住所	
氏名	署名又は記名押印
電話番号	

個人番号カード顔写真証明書について

「個人番号カード交付のご案内」と一緒にご確認ください。

申請者本人が施設等に入所せず在宅で介護保険等のサービスを利用しており、顔写真付き本人確認書類がない場合、この個人番号カード顔写真証明書が、パターンBの顔写真付き本人確認書類 1点になります。

〔居宅介護支援事業者の方へ〕

個人番号カード顔写真証明書は、居宅介護支援事業者の長と所属の介護支援専門員の署名がそれぞれ必要です。

(署名できない場合は記名押印)

記入例

個人番号カード顔写真証明書

秦野市長宛

令和 5年 5月 1日

(申請者本人)

※住所にマンション名・アパート名がある場合はご記入してください。
例 秦野市桜町1丁目3番2号 タンザワハイツI 101号

氏名	秦野 太郎		
住所	秦野市桜町1丁目3番2号		
生年月日	大正 昭和 平成 令和	30年 1月 1日	性別 男 ・女
電話番号	0463-00-XXXX or 080-0000-XXXX		

申請者本人の
顔写真貼付欄

写真貼付

※写真が不鮮明、帽子・サングラス・マスクなどにより顔の識別ができない等により、マイナンバーカードの顔写真とカード交付本人の顔写真が一致しない場合、交付することができません。

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	秦野 花子	署名又は記名押印
----	-------	----------

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	介護支援事業所〇〇	
事業者の住所	秦野市桜町1-3-2	
氏名	丹沢 次郎	署名又は記名押印
電話番号	0463-12-3456	