

# 個人番号カード顔写真証明書

多摩市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

|      |  |    |     |
|------|--|----|-----|
| 氏名   |  |    |     |
| 住所   |  |    |     |
| 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 |  |    |     |

|                  |
|------------------|
| 申請者本人の<br>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 |  |
|----|--|

(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   |  |

個人番号カード顔写真証明書  
(記入例)

多摩市長 様

令和〇年〇月〇日

(申請者本人)

|      |                   |    |                                      |
|------|-------------------|----|--------------------------------------|
| 氏名   | 多 摩 太 郎           |    |                                      |
| 住所   | 多摩市 関戸〇丁目〇番地〇     |    |                                      |
| 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日          | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 電話番号 | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 |    |                                      |

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 | (介護支援専門員の氏名) |
|----|--------------|

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 事業者名   | 介護サービス 〇〇         |
| 事業者の住所 | 〇〇市 〇〇 〇丁目〇番地〇    |
| 氏名     | (代表者の氏名)          |
| 電話番号   | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 |