

個人番号カード顔写真証明書

朝霞市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人) ※在宅介護サービスのみ有効となります。

氏名			
住所			
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、また市役所等へカードを受取りに行くことが困難であることを証明します。

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

施設名			
施設の住所			
施設長氏名			
電話番号			

(介護支援専門員記載)

氏名			
----	--	--	--