

個人番号カード顔写真証明書

阿武町長 様

(申請者本人)

氏名						
住所	阿武町大字					
生年月日	明・昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
電話番号						

申請者本人の
顔写真貼付欄

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・マスクなどにより個人識別が容易でない等により、個人番号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、個人番号カードを交付することができないことがあります。

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	
----	--

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
事業者所在地	
氏名	
電話番号	