

個人番号カード顔写真証明書

別紙様式第1-2

※在宅で保健医療サービス又は
福祉サービスの提供を受けている方

苫小牧市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

| | | | |
|---------|---------------|----|-----|
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | 苫小牧市 | | |
| 生 年 月 日 | T・S・H・R 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 電 話 番 号 | | | |

申請者本人の
顔写真貼付欄

・最近6か月以内
に撮影され、正面、
無帽、無背景、鮮
明で写真専用紙で
印刷されたもの

注意事項：貼付された写真が不鮮明である場合や、帽子・サングラスなどにより個人の識別ができない場合など、個人番号カード（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、個人番号カードの交付はできません。

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（ケアマネージャー）記載)

| | |
|--------------|------------------|
| 介護支援専門員 職・氏名 | 印 ※個人印を押印してください。 |
|--------------|------------------|

(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 | |
| 事業者の長 職・氏名 | 印 ※代表印を押印してください。 |
| 電 話 番 号 | |

※証明の内容について、事業所に確認することがあります。