

個人番号カード顔写真証明書

各務原市長 宛

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
顔写真貼付欄

写真の大きさなどは、下記の※1および
※2をご参考ください。

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	
----	--

- ※1：カード受取予定日から6か月以内の写真を貼
り付けてください
※2：写真の大きさは、縦4cm・横3cmを目安にして
ください。また、本人と分かるよう、正面
を向き、無帽の写真をご準備ください。

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
事業者の住所	
氏名	
電話番号	

介護支援事業者の
印(事業所印)

見 本 例

**太枠で囲われている箇所をご記入ください。
また、写真貼付欄に写真を貼り付けてください。**

令和〇年〇月〇日

各務原市長 宛

(申請者本人)

氏名	申請者ご本人の氏名		
住所	住民票のある住所		
生年月日	〇年〇月〇日	性別	男・女
電話番号	自宅または携帯電話番号のいずれか		

**写真を
貼り付け
てくださ
い。**

いずれかに○をつけてください

写真の大きさなどは、下記の※1および※2をご参考ください。

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	

**利用されている病院や施設に、
記入をお願いしてください。**

を向き、無帽の写真をご準備ください。

介護支援事業者の
印 (事業所印)

写真の貼
目安にして
う、正面