

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けてる方)

## 個人番号カード顔写真証明書

白糠町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏 名			
住 所	白糠町		
生 年 月 日	明・大・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

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	