

個人番号カード顔写真証明書

別紙様式第1-2

新見市長 様

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方)

(申請者本人)

令和 年 月 日

氏 名			
住 所	新見市		
生 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ヶ月以内に撮影、
正面、無帽、無背景、
鮮明、写真印刷専用紙
で印刷したもの

注意：貼付された写真が不鮮明、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、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、マイナンバー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	
-----	--

※署名または記名押印

(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	

※署名または記名押印

電 話 番 号	
---------	--