

東温市長 様

個人番号カード顔写真証明書

令和 年 月 日

申請者氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住 所	東温市					
性 別	男 ・ 女		電話番号	— —		

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。

1 申請者が入院または介護施設等へ入所している場合

【病院長・施設長記載】

施 設 名	
施 設 の 住 所	
施 設 長 氏 名	印
電 話 番 号	— —

2 申請者が在宅で保険医療・福祉サービスを受けている場合

【介護支援専門員（ケアマネジャー）記載】

介護支援専門員氏名	
-----------	--

【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	
事業者長氏名	印
電 話 番 号	— —

3 社会的参加を回避し、長期にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態の場合

【公的な支援機関の職員記載】

職 員 氏 名	
---------	--

【公的な支援機関の長記載】

支 援 機 関 名	
支援機関の住所	
支援機関長氏名	印
電 話 番 号	— —

4 申請者が未成年者（18歳未満）または成年被後見人の場合

【法定代理人記載】

法定代理人氏名	※署名
本人との関係	
電 話 番 号	— —

申請者本人の
顔写真を貼付

※大きさ、印刷用紙の指定はありません。

※不鮮明などで本人の顔が確認できないと、カードをお渡し出来ない場合があります。