

個人番号カード顔写真証明書

南風原町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日	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
に撮影したもの

※貼付された顔写真が不鮮明、帽子やマスクなどで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場合があります。

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	
----	--

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	⑩
事業者の住所	
氏名	
電話番号	

南風原町長 様

個人番号カード顔写真証明書
(在宅で保健医療・福祉サービスを受けてる方 見本)

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	南風原 太郎		
住所	沖縄県島尻郡南風原町字〇〇1番地		
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	性別	男・女
電話番号	〇〇〇-××××-××××		

申請者本人の
顔写真貼付欄最近6ヶ月以内
に撮影したもの

※貼付された顔写真が不鮮明、帽子やマスクなどで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場合があります。

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	
----	--

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	△△所 ⑩
事業者の住所	沖縄県島尻郡南風原町字〇〇2番地
氏名	所長 △△ △△
電話番号	〇〇〇-××××-〇〇〇〇