**※署名又は記名押印**

**※署名又は記名押印**

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。

（申請者本人）

（指定居宅介護支援事業者の長記載）

（介護支援専門員記載）

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、鮮明に印刷したもの

注意：個人番号カードの顔写真と申請者本人の顔写真の同一性が確認できない場合は、カードを交付することができないことがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業所の住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

別紙様式第１―２

個人番号カード顔写真証明書

（在宅で介護サービス等を受けている方用）

高岡市長　宛

令和　年　月　日