

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

(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、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。

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	※署名又は記名押印
----	-----------

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
事業所の住所	
氏名	※署名又は記名押印
電話番号	