

個人番号カード顔写真証明書 (介護サービス利用者用)

令和 年 月 日

(あて先)寒川町長

(申請者本人)

氏名				
住所				
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女
電話番号				

申請者本人の
顔写真添付欄

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	
事業者の所在地	
氏名	
電話番号	