

個人番号カード顔写真証明書

ケアマネジャー版

佐倉市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	
住所	
生年月日	年 月 日

申請者本人の
顔写真貼付欄

(※受取日から
3か月以内の
写真)

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	
事業者の住所	
氏名	
電話番号	

個人番号カード顔写真証明書(記入例)

ケアマネジャー版

佐倉市長 様

令和XX年XX月XX日

(申請者本人)

氏名	〇〇 △△
住所	佐倉市〇〇町××-□□
生年月日	XX年XX月XX日

申請者本人の
顔写真貼付欄

(※受取日から
3か月以内の
写真)

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	〇〇 △△
----	-------

(指定居宅介護支援事業者の長 記載)

事業者名	〇〇〇〇〇〇〇〇
事業者の住所	〇〇市〇〇町××-□□
氏名	〇〇 △△
電話番号	×××-×××-××××