

個人番号カード顔写真証明書

在宅保険医療・福祉
サービスを受けている方用

令和 年 月 日

対馬市長 様

(申請者本人)

氏名				
住所	対馬市			
生年月日	明治・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
顔写真貼付欄

(直近6ヶ月以内に撮
影、正面、無帽、無背
景、鮮明なもの)

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 (署名または記名押印)	
-------------------	--

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	
所在地	
氏名 (病院長・施設長の 署名または記名押印)	
電話番号	