

個人番号カード顔写真証明書

別紙様式第1-2

(代理受取に必要な“顔写真付の身分証明書”をお持ちでないときに作成してご利用ください)
(この様式は在宅で保健医療や福祉サービスを受けている方にのみ有効です)

豊見城市長 殿

令和 年 月 日

(申請者本人) ※受け取る個人番号カードの本人の氏名を記入してください。

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						

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	
事 業 者 の 住 所	
氏 名	

※署名または記名押印

電 話 番 号	
---------	--

申請者本人の 顔写真貼付欄
※顔がはっきりと写った写真を貼り付けてください。
※同一人物と判る写真を貼り付けてください。
※自宅でプリントした画像でも可能です。
※写真の加工などはしないでください。

その他提出書類

- ①この顔写真証明書のほかにご本人の本人確認書類を2点提示してください(例:健康保険証、介護保険者証、年金手帳等)
- ②窓口受取の代理人の本人確認書類を2点提示してください(顔写真付きの身分証【例:運転免許証】+健康保険証)