

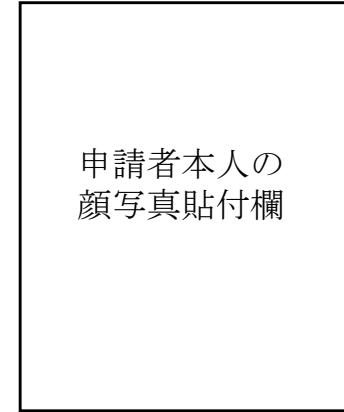
# 個人番号カード顔写真証明書

甲佐町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日		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(※)	
-------	--

(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	

※署名または記名押印をお願いします。