

個人番号カード顔写真証明書
(在宅で保健医療、福祉サービスの提供を受けている方)

別紙様式第1-2

佐世保市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	
住所	佐世保市
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
電話番号	

申請者本人の
顔写真貼付欄

※直近6か月以内
撮影、正面、無帽、
無背景、鮮明、写
真印刷専用紙で印
刷したもの

注意：貼付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子、サングラス・マスク等でマイナンバーカードの顔写真と申請者本人の同一性が確認できない場合は、マイナンバーカードを交付することができない場合があります。

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	