

個人番号カード顔写真証明書

別紙様式第1-2

山形市長 様

在宅で保健医療サービスの提供を受けている方
在宅で福祉サービスの提供を受けている方

令和 年 月 日

(申請者本人)

| | | | | | | |
|------|---------|---|---|---|----|-----|
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 山形市 | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 | | | | | | |

申請者本人の
顔写真貼付欄

最近6ヶ月以内に
撮影、無帽、
無背景のもの

注意：貼付された写真がカードの顔写真と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 | |