別紙様式第１－２

# 個人番号カード顔写真証明書

（在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方）

富谷市長　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 | | | |

申請者本人の
顔写真貼付欄

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 | |