別紙様式第１―２

個人番号カード顔写真証明書

年　　月　　日

大井町長　様

申請者本人の

顔写真添付欄

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 大井町 |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 電話番号 |  |

私は、上記個人番号カード交付申請者が、添付した写真の者と同一人物であることを証明します。

　（ケアマネージャー記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |