

この証明書は、15歳未満の方、長期で入院している方、介護施設等へ入所している方もしくは在宅で保健医療サービスまたは福祉サービスの提供を受けている方の個人番号カードの受け取りの場合に利用できます。法定代理人、病院長、施設長もしくは介護支援専門員および指定居宅介護支援事業者の長が証明してください。

個人番号カード顔写真証明書

草津市長 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
サイズ 縦4.5cm×横3.5cm
・最近6ヶ月以内に撮影 ・正面,無帽,無背景の もの ・裏面に、氏名、生年 月日を記入してくだ さい

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。

■申請者が15歳未満である場合

(法定代理人記載)

氏名			
本人との関係			
電話番号			

■申請者が長期で入院している方や介護施設等に入所している方である場合

(施設長記載)

施設名			
施設の住所			
氏名			
電話番号			

■申請者が在宅で保健医療サービスまたは福祉サービスの提供を受けている場合

(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			