

申請者が在宅で保健医療サービス又は
福祉サービスを受けている方

個人番号カード顔写真証明書

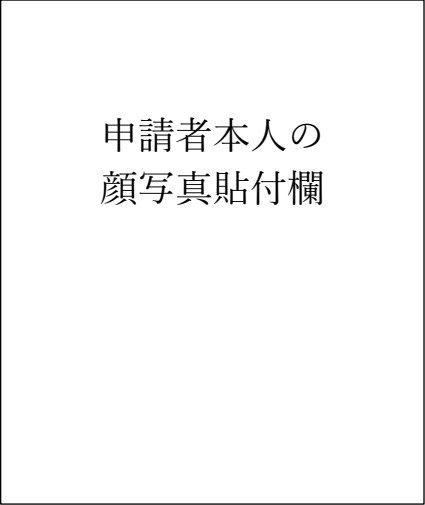
別紙 1－2

芦北町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	熊本県葦北郡芦北町大字		
生年月日		性別	男・女
電話番号			



私は、上記個人番号カード申請者が、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	
事業者の長名	
電話番号	

個人番号カード顔写真証明書

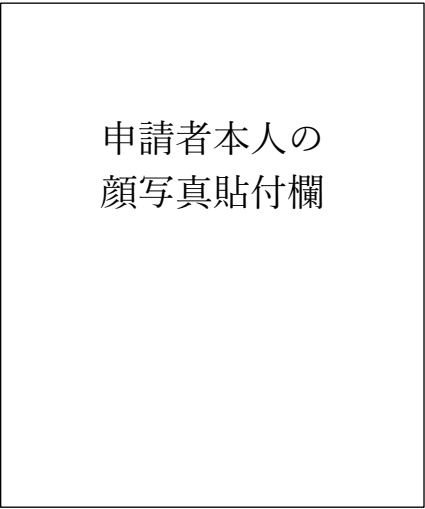
別紙 1－2 (記入例)

芦北町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名	芦北 太郎		
住所	熊本県葦北郡芦北町大字芦北 2 0 1 5 番地		
生年月日	H17.1.1	性別	男・女
電話番号	〇〇〇-××××-△△△△		



私は、上記個人番号カード申請者が、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	田浦 次郎			※氏名の欄は、 署名または記名押印（押印は認印も可）
----	-------	---	--	-------------------------------

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名	××××事業所			
事業者の住所	熊本県葦北郡芦北町大字××〇〇番地			
事業者の長名	佐敷 三郎			※事業者の長名の欄は、 署名または記名押印（押印は認印、事業者の長印も可）
電話番号	〇〇〇-××××-△△△△			