

個人番号カード顔写真証明書

東海市長 様  
(申請者本人)

令和 年 月 日

氏 名			
住 所			
生年月日		性 別	男 ・ 女
電話番号			

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。

1 申請者が15歳未満の場合

(法定代理人記載欄)

氏 名	
本人との関係	
電 話 番 号	

申請者本人の  
顔写真貼付欄

2 申請者が入院または介護施設等へ入所している場合

(病院長・施設長記載欄)

施 設 名	
施設の住所	
施設長氏名	
電 話 番 号	

3 申請者が在宅介護を受けている場合

(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	

4 申請者が社会的参加を回避しており、公的な支援機関に相談している場合

(公的な支援機関の職員記載)

氏 名	
(公的な支援機関の長記載)	
支 援 機 関 名	
支援機関の住所	
氏 名	
電 話 番 号	