

個人番号カード顔写真証明書
(保健医療サービス・福祉サービス受給者用)

土浦市長 あて

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	土浦市		
生年月日	年 月 日	性別	男・女
電話番号			

申請者本人の
顔写真貼付欄
※容易に判別
のできる写真
を貼付してく
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。

(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	

保健医療サービス・福祉サービス受給者の
個人番号カードの交付を受ける場合のみ、
本人確認書類のうち1点として利用いた
だけます。