

## 個人番号カード顔写真証明書

(在宅で保健医療・福祉サービスを受けている方)

令和 年 月 日

岩手県九戸郡野田村長 様

(申請者本人)

氏名	
住所	岩手県九戸郡野田村大字 野田・玉川第 地割 番地
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
電話番号	

申請者本人の  
顔写真貼付欄最近6か月以内に撮影、  
無帽、無背景、鮮明、  
写真印刷専用紙で  
印刷したもの

注意：貼付された写真が不鮮明、背景により顔の輪郭が同化、帽子・サングラス・マスクなどにより個人識別が容易でない等により  
マイナンバーカードの顔写真と申請者本人の顔写真の同一性が確認できない場合は、マイナンバーカード交付することができないことがあります。

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	※署名又は記名押印
----	-----------

(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	※署名又は記名押印
電話番号	