

# 個人番号カード顔写真証明書

個人番号カード事務処理要領  
別紙様式1-2

静岡県袋井市長 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

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。

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

|    |  |
|----|--|
| 氏名 |  |
|----|--|

(介護支援専門員記載)

|        |  |
|--------|--|
| 事業者名   |  |
| 事業者の住所 |  |
| 氏名     |  |
| 電話番号   |  |

# 記載例

## 個人番号カード顔写真証明書

個人番号カード事務処理要領  
別紙様式1-2

令和 年 月 日

(申請者本人)

|      |               |    |                                      |
|------|---------------|----|--------------------------------------|
| 氏名   | 袋井 太郎         |    |                                      |
| 住所   | 袋井市新屋一丁目1番地の1 |    |                                      |
| 生年月日 | H〇〇.××.△△     | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 電話番号 | 1234-56-7890  |    |                                      |

申請者本人の  
顔写真貼付欄

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。

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

|    |       |
|----|-------|
| 氏名 | 介護 太郎 |
|----|-------|

(介護支援専門員記載)

|        |              |
|--------|--------------|
| 事業者名   | 〇〇〇〇〇〇〇〇     |
| 事業者の住所 | 袋井市×××       |
| 氏名     | 介護 花子        |
| 電話番号   | 1234-56-7890 |