### 様式1-2 在宅介護を受けている方で外出が困難な方の証明用

# 個人番号カード顔写真証明書

加賀市長 様

令和 年 月 日

申請者本人記入欄

氏 名		性別	男・女
住所	加賀市		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年	月	Ħ
電話番号			

申請者本人の 顔写真貼付欄

- \*サイズ (縦 4.5 cm × 横 3.5 cm)
- \*最近6か月以内に撮影
- \*正面,無帽,無背景のもの
- \*裏面に氏名, 生年月日を記入してください

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。

#### 介護支援専門員記入欄

氏 名		
-----	--	--

指定居宅介護支援事業者	の長証明欄	令和	年	月	日
事 業 者 名					
事業者の長氏名		*	署名また	は記名	<ul><li>押印</li></ul>
事業者の住所					
電話番号					

記載例

# 個人番号カー

### 市役所への提出日を記入します

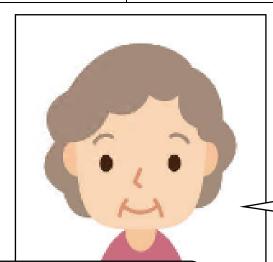
加賀市長

由請考木人記入欄

#### 申請者本人の情報を記入します

令和 **4** 年 **5** 月 **16** 日

中时往个八吋八桶			
氏 名	加賀 花子	性別	男・安
住 所	加賀市 大聖寺南町二 41 番地		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 <b>15</b> 年	<b>10</b> 月	<b>1</b> 目
電話番号	0761-72-7881		



- \*サイズ (縦 4.5 cm × 横 3.5 cm)
- \*最近6か月以内に撮影
- \*正面, 無帽, 無背景のもの
- \*裏面に氏名, 生年月日を記入してください

申請者本人の 写真を貼ります

利用している介護支援事業者に記 載してもらってください

者が、貼付した

月欄

担当の介護支援専門員 (ケアマネージャー)に 署名をもらってください

を証明します。

介護支援専門員記入

氏 名

介護 太郎

介護支援事業者に記載してもらった日を記入します

指定居宅介護支援事業者の長証

令和 4年 5月 9日

事業者名	○○居宅介護サービス	<b>(代筆やゴム印等による記名の場合は、</b> 押印が必ず必要です
事業者の長氏名	支援 一郎	※署名または記名・押印
事業者の住所	加賀市○○町二1番地2	
電話番号	0761-72-1111	