

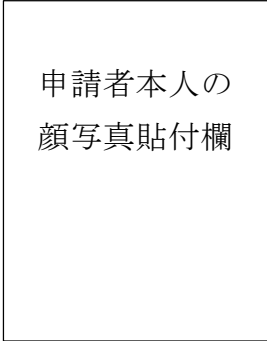
個人番号カード顔写真証明書（在宅で保健医療サービス又は福祉サービスの提供を受けている者用）

年 月 日

府中市長 様

（申請者本人）

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。

（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	