個人番号カード顔写真証明書

**代理人受取用**

令和　　年　　月　　日

　能代市長　様

（申請者本人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 申請者本人の顔写真貼付欄 |
| 住　　所 | 能代市 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令年　　　　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。

注）以下のいずれかの該当欄に記入してください。氏名欄は、署名又は記名・押印してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病院に入院または施設に入所している方** | 施設長記載 | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設長氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ |
| **在宅支援を受けている方** | 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 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ |
| **社会的参加を回避し、長期にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態の方** | 公的な支援機関の職員記載 | 氏名 |  |
| 公的な支援機関の長記載 | 支援機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ |
| **未成年者****成年被後見人****被保佐人****被補助人****任意被後見人** | 法定代理人等記載 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ |