

# 代理人受取用

## 個人番号カード顔写真証明書

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		
		事業者名		
	指定居宅 介護支援 事業者の長 記載	所在地		
		代表者氏名		
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		
		支援機関名		
	公的な支援 機関の長 記載	所在地		
		代表者氏名		
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	—	—