

※施設入所・入院・自宅療養等によりご本人が来庁できない場合、  
担当ケアマネージャーに作成してもらってください。

別紙様式第1-2

### 個人番号カード顔写真証明書

※この証明書は、介護支援専門員が全てご記入ください。

高 知 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。

(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	
事業者長 氏名	
電話番号	