

### 介護支援専門員証交付申請書(更新)

(宛先) 埼玉県知事  
以下のとおり申請します。

申請日(年月日は全て西暦記入)

氏名は住民票に記載されている  
文字で記入してください。

6か月以内に撮影した無帽、無背景で正  
面、上三分身のもの。スナップ写真は不  
可。写真の裏面に氏名を記入。

※太枠内の項目を記入してください。日付はすべて西暦で記入してください。

申請日	2	0	2	4	年	0	1	月	0	1	日	
フリガナ	サイタマ					コバトン						
氏名	埼玉					コバトン						
生年月日	1	9	8	0	年	0	5	月	3	1	日	
介護支援専門 員登録番号	1	1	1	2	3	4	5	6				
登録日	2	0	0	0	年	1	1	月	1	4	日	
有効期間 満了日	2	0	2	4	年	0	5	月	3	1	日	
住所	〒 3 3 0 - 9 3 0 1 フリガナ サイタマケン サイタマシ ウラワク タカサゴ 埼玉県 さいたま市 浦和区 高山 高砂 3丁目15番1号											
住基ネット 利用の同意	※埼玉県内に住所がある方は次の同意欄にチェックをすることで住民票の提出を省略することができます。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する 私は、住民票の提出を省略するにあたり、埼玉県が「住民基本台帳ネットワークシステム」を使用して本人情報を確認することに同意します。											
連絡先電話番号	自宅 : 048-830-3232					日中の連絡先: 090-1234-5678						
現在勤務先のある都道府県	〔 東京 〕 都 道・府・県 ※現在ケアマネとして勤務していない場合、記入は必要ありません。											
更新に必要な研修名 及び 研修修了日	研修名 実務に従事した経験を有しない者に対する更新研修 修了日 2 0 2 3 年 1 1 月 1 4 日 研修名 【研修名例】⇒更新研修(実務従事者向け)専門研修課程Ⅱ相当分等 修了日 年 月 日											
誓約	<input checked="" type="checkbox"/> 誓約する 私は、介護支援専門員として業務を行うに当たっては、介護保険法第69条の34から37に規定される介護支援専門員の義務等に関する事項を遵守して業務を行うことを誓約します。											
備考	※注意 「個人番号(マイナンバー)」及び「住民票コード」が記載された住民票は受付できません。											
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 更新研修および更新研修受講免除研修の修了証明書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員証の原本(写真付きのもの) <input type="checkbox"/> 住民票(過去3ヶ月以内に交付されたもの) ※コピー不可 <input checked="" type="checkbox"/> 交付手数料(3,000円)の納付書兼領収書の本人控えの写し(金融機関の領収印が押されたもの)(納付書払いの場合のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 写真(3×2.4cm)同じもの2枚※1枚は本申請書に貼付 (交付申請前6か月以内に撮影した無帽、無背景で 正面、上三分身のもの。スナップ写真は不可) <input type="checkbox"/> 戸籍抄本(氏名を変更した場合のみ、過去3か月以内に交付されたもの)※コピー不可											

介護支援専門員として  
最初に登録を受けた日



※写真2枚のうち1枚は  
申請書に貼付、もう1枚  
は他の添付書類とともに  
送付してください。  
裏面に氏名を記入

住民票に記載されている住所を記入し、間違えた場合には、  
2重線で訂正してください。

住基ネット利用に同意された方は  
住民票の添付は必要ありません。

必ず確実に連絡が取れる連絡先を記入してください。

必ず記入

修了証明書に記載されている  
日付を西暦で記入してください

※住所は住民票に記載されている内容で記入し、漢字にフリガナをつけてください。

※本申請書に記載された事項は、介護保険制度の適正な実施を図るためにのみ使用します。なお、必要があるときは、記載された事項を他の行政機関又は指定研修実施機関に対し、提示することがあります。

埼玉県使用欄  
交付日

NC

C