

(様式第8号)

介護支援専門員証再交付申請書

(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり申請します。

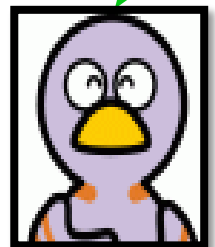
申請日(年月日は全て西暦記入)

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	(姓)	サイタマ					(名)	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	3	0	年	1	1	月	1	3	日	
主任有効期間満了日	2	0	2	9	年	1	2	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											
連絡先電話番号	自宅 : 048-830-3232					日中の連絡先: 090-1234-5678						
再交付理由 <small>必ずチェックをください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 亡失のため 必ず記入 <input type="checkbox"/> 滅失のため <input type="checkbox"/> 汚損のため 必ず確実に連絡が取れる連絡先を記入してください。 <input type="checkbox"/> 破損のため <input type="checkbox"/> その他 ()											
備考												
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 破損、汚損の場合は現状のままの介護支援専門員証もしくは主任介護支援専門員証 <input checked="" type="checkbox"/> 交付手数料(1,300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)											



※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

平成28年度以降主任研修または主任更新研修修了者のみ記入

介護支援専門員として最初に登録を受けた日

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。

※再交付申請ができるのは、介護支援専門員証の有効期間が満了していない方のみです。満了日を過ぎている場合は再研修の受講が必要です。

※有効期間が満了しておらず、氏名の変更がある場合は、書換え交付申請(様式第3号)となります。

※住所の変更がある場合、及び有効期間の満了日を経過した方で氏名の変更がある場合は登録事項変更届(様式第11号)となります。

埼玉県使用欄	NC	C
交付日		
変更無確認		

web-word