

(様式第5号)

介護支援専門員登録消除申請書

(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり申請します。

※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					年			月			日
フリガナ	(姓)										(名)
氏名											
生年月日					年			月			日
介護支援専門員登録番号											
登録日					年			月			日
有効期間満了日					年			月			日
主任有効期間満了日					年			月			日
	主任介護支援専門員証を持っている方のみを記入										
住所	〒					—					
	フリガナ										
住基ネット利用の同意 同意する場合は、必ずチェックしてください	※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 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 :				—			日中の連絡先:			
消除の理由											
備考	※注意 「個人番号(マイナンバー)」が記載された住民票は受付できません。										
添付書類	<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 type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)の原本 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証もしくは主任介護支援専門員証の原本(写真付きのもの)										

※住所は正式に記入し、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
事務処理日
証(旧証)回収

NC

C