

# 電子申請 専用

## 介護支援専門員証再交付申請 郵送書類送付書（様式第8号関係）

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 電子申請の確認                        | 電子申請日 <b>2025</b> 年 <b>3</b> 月 <b>10</b> 日<br>電子納付日 <b>2025</b> 年 <b>3</b> 月 <b>15</b> 日<br>※郵送書類は電子申請及び電子納付完了後に郵送してください。<br>※本書類は、納付書や窓口で支払う場合はご使用いただけません。                                                                                                                                                                                              |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| フリガナ                           | <b>サイタマ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |          |          |          |          | <b>コバトン</b>   |          |          |          |          |          |
| 申請者氏名                          | 氏 <b>埼玉</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |          |          |          |          | 名 <b>コバトン</b> |          |          |          |          |          |
| 生年月日                           | <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>9</b> | <b>8</b> | <b>0</b> | 年        | <b>0</b> | <b>3</b>      | 月        | <b>3</b> | <b>1</b> | 日        |          |
| 介護支援専門員登録番号                    | <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b>      | <b>7</b> |          |          |          |          |
| 住所                             | 〒 <b>330</b> - <b>9301</b><br><b>埼玉県さいたま市浦和区高砂3丁目15番地1号</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| 個人番号                           | <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b>      | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> |
|                                | ※個人番号（マイナンバー）が記載された申請書類の提出時には、「番号確認」と「身元確認」がそれぞれ必要です。本人確認書類チェックリストをご確認の上、それぞれ該当書類を添付してください。<br>（例）番号確認：マイナンバーカード裏面（写）、通知カード両面（写）、マイナンバーの記載のある住民票原本<br>（例）身元確認：マイナンバーカード表面（写）、介護支援専門員証、運転免許証（写）等                                                                                                                                                          |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| 日中連絡がとれる電話番号                   | <b>048 - 830 - 3232</b> <b>（職場・自宅・携帯）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| 添付書類                           | <input checked="" type="checkbox"/> 破損、汚損の場合<br>介護支援専門員証の原本（写真付きのもの）<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 写真（3cm×2.4cm）2枚 <b>必須</b><br>※ 同じものを2枚同封<br>※ 交付申請前6か月以内に撮影したもの。<br>※ 無帽、無背景で、正面、上三分身のもの。<br>※ スナップ写真は不可<br>※ 写真の裏面に氏名と介護支援専門員番号を記載してください。<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 個人番号の本人確認書類（本人確認書類チェックリストをご確認の上、ご提出ください） <b>必須</b> |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| ※添付した書類にチェック☑を入れてください。         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |
| ※この送付書とともに添付書類を封筒に入れ、郵送してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |          |          |          |               |          |          |          |          |          |

※申請者の本人情報確認については、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第30条の11第1項第1号、第30条の15第1項第1号の規定により住民基本台帳ネットワークシステムを用いて確認します

必要な添付書類を全て同封して郵送してください

送付書

ケアマネ証  
(破損、汚損の場合)

介護支援専門員証





顔写真2枚（裏面に氏名・  
介護支援専門員番号を記入）

本人確認書類  
(マイナンバーカード  
両面の写しなど)

本人確認書類チェック  
リストをご確認の上、  
ご提出ください。

特定記録郵便など、配達が  
確認できる方法で郵送して  
ください。

封筒表面に、赤字で『介護支援専門員  
関係書類在中』と記載してください。

介護支援専門員関係書類在中

特定記録

特定記録

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 電子申請の確認                                                                       | <input type="checkbox"/> 電子申請済みです（電子受付日）                                                                                                                                                                                                                         | 年 | 月 | 日 |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 電子申請済みです（電子受付日）                                                                                                                                                                                                                         | 年 | 月 | 日 |
| (※両方の欄にチェックを入ってください。)                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
| エリカ氏<br>申請者名                                                                  | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |
| 生年月日                                                                          | 年                                                                                                                                                                                                                                                                | 月 | 日 |   |
| 介護支援専門員登録番号                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |
| 住所                                                                            | 〒□□□□ □□□□□□                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| 個人番号                                                                          | □□□□□□□□□□□□□□□□                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   |   |
| 日中連絡がとれる電話番号                                                                  | — (職場・自宅・携帯)                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
| 寄付内容                                                                          | <input type="checkbox"/> 破損、汚損の補合<br>介護支援専門員の返却（写真付きのため）                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |
| ※寄付した書類に<br>チェック印を入れてください。                                                    | <input type="checkbox"/> 写真（3cm×2.4cm 2枚） <b>(必須)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 顔写真の本人証明写真<br><input type="checkbox"/> 文化庁指定のカメラ以内で撮影したもの。<br><input type="checkbox"/> 無帽、背景青で、正面、上半身のもの。<br><input type="checkbox"/> 顔写真の裏面に氏名と介護支援専門員番号を記載してください。 |   |   |   |
| ※この交付書ととも<br>に「お申し込み封筒」を<br>添付し、郵送して<br>ください。                                 | <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号 / マイナンバー）の記載があるもの<br>※ 「住民基本台帳ネットワークシステム」を使用した住民基本台帳管理に関するごとの交付書に、チェックした方は、捺印をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 通函3か月以内に交付されたもの<br><input type="checkbox"/> コピー不可<br><input type="checkbox"/> 注意：「住民コード」が記載された住民票は交付できません。   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 個人番号の申請記録簿（本記録簿登録申請カードを「確認のうえ」とご確認ください。） <b>(必須)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |   |

電子申請の確認

|                                          |   |   |   |
|------------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 電子申請済みです（電子申請日） | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 電子申請済みです（電子受付日） | 年 | 月 | 日 |

(※両方の欄にチェックを入れないでください。)

フリガナ氏名 氏 名

申請者番号

生年月日 年 月 日

介護支援専門員登録番号

住所 〒□□-□□ □□□□□□

個人番号

日中連絡がとれる電話番号

— (職場・自宅・携帯)

お支払内容

介護支援専門員の返金（お支払いがない方へ）

- ☐ 写真（3cm×2.4cm 2枚 **必須**）
- ※顔写真の貼付け方法
- ※ 文部科学省から案内に準拠したもの。
- ※ 無帽、背景青、正面、上半身のもの。
- ※ 写影機、デジタルカメラ等による撮影可。
- ※ 写真の裏面に、氏名と介護支援専門員番号を記載してください。

※ お交付した書類に  
チェック印を入れてください。

※ この送付料ととも  
にお支払いの郵便掛  
切印を添付し、郵送  
してください。

☐ 住民票（個人番号 / マイナンバー）の記載があるもの

※ 住民票（個人番号 / マイナンバー）の記載のない「簡易な（住民基本情報ネットワークシステム）を使用して個人情報管理することへの対応状況」にチェックした方は、郵送を中止してください。

- ※ 過期3か月以内の交付されたもの
- ※ コピー不可
- ※ 注意（住民コード）が記載されていない住民票は郵送できません。

☐ 個人番号の通知記録簿（本人確認履歴照会システム）を確認の上、ご提出ください **必須**

宛名票

線に沿って切り取り、封筒表面に貼り付けてご利用ください。

〒330-9301

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1

埼玉県福祉部高齢者福祉課介護支援専門員担当あて

〒330-9301

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1  
埼玉県福祉部高齢者福祉課介護支援専門員担当あて