**介護支援専門員証書換え交付申請書**

（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 | 写真  縦3.0cm  横2.4cm  顔の大きさ  2cm程度  ６か月以内に撮影  ※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 |
| フリガナ | （姓） | | | | | | （名） | | | | | | |
| 氏　　　　名  （変更後） |  | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | 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 |
| 住　　　　所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |   フリガナ | | | | | | | | | | | | | ※有効期間の満了していない方でも、住所のみ変更する場合は「介護支援専門員登録事項変更届出書（様式第１１号）」で申請してください。 |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **※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。**  **（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**  **（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** | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅：　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | 日中の連絡先：　　　　　－　　　　　　－ | | | | | |
| 現在勤務先のある都道府県 | 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の内容 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | フリガナ | （姓） | （名） | | 変更前氏名 |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | フリガナ |  | | 変更前住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | * 変更前の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） * 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 * 交付手数料（１，４００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） * 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）  □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） | | | | | | | | | | | | | |

※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。

※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。

※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。

※この様式を用いて住所を変更した場合、新住所が埼玉県外であっても、登録管轄地は埼玉県のままです。