

(様式第2号の1)

介護支援専門員登録移転申請書 兼 介護支援専門員証交付申請書

(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
直、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	5	0	1	0	1	 <p>※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</p>				
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	3	1	1	1	4					
介護支援専門員登録番号	1	1	1	2	3	4	5	6					
登録日	1	9	8	3	1	1	1	4	移転前都道府県 { }				
有効期間満了日	2	0	2	5	1	1	1	4					
住所	〒 330-9301 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												
個人番号	2	0	2	5	2	5	2	5	3	1	9	2	
住基ネット利用の同意	<p>※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埼玉県に対して住民票の提出を省略することができます。ただし、移転元の都道府県が転出手続きのために住民票の提出を必要とする場合がありますので必ず移転元の都道府県に確認してください。</p> <p><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。</p>												
連絡先電話番号	自宅 : 048-830-3232						日中の連絡先: 090-1234-5678						
注意事項	<p>介護保険法第69条の3の規定に基づき、現在埼玉県以外の都道府県で登録されている方で、以下において</p> <p>①埼玉県内事業所や施設等(介護保険法施行規則第130条の9に規定による)</p> <p>②その他:埼玉県内在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口(介護保険外)</p> <p>介護支援専門員の業務に従事している、又は従事しようとする場合、埼玉県に登録を移転することができます。</p>												
添付書類	<p><input type="checkbox"/> 住民票(個人番号の記載があるもの) (過去3か月以内に交付され、「住民票コード」が記載されていないもの、コピー不可。) ※埼玉県内に住所がある方は、住基ネット利用の同意欄にチェックをすることで住民票の提出を省略できます。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 交付手数料(3,200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)</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 申立書(様式第2号の2)</p> <p><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)</p>												

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。

住基ネットに同意する方は必ずチェックしてください。

住民票に記載されている住所を記入し、漢字と場合は、2重線で訂正してください。

お住まいの住所を必ず記入してください。

※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	NC	C
交付日		