

(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

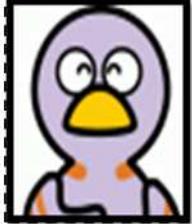
(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり申請します。

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
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	5	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	3	年	1	1	月	1	4	日	
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	年	1	1	月	1	4	日	移転前都道府県 }
有効期間満了日	2	0	2	5	年	1	1	月	1	4	日	
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	202525253192 ※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(写)、運転免許証(写)等											
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	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 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) 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) 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。											
添付書類	<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) <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) <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 <input checked="" type="checkbox"/> 申立書(様式第2号の2) <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)											

※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。

埼玉県使用欄
交付日

NC

C