**介護支援専門員証再交付申請書**

**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。**

（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。

**介護支援専門員として最初に登録を受けた日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | **２** | **０** | | **２** | | **５** | | | 年 | | **０** | | **１** | | | 月 | | **０** | | **１** | | 日 | | ※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）　　　　　　　**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 | **２** | | **０** | | **０** | | **０** | | | 年 | | **１** | | **１** | | | 月 | | **１** | | **４** | | 日 |
| 有効期間  満了日 | **２** | | **０** | | **２** | | **５** | | | 年 | | **１** | | **１** | | | 月 | | **１** | | **４** | | 日 |
| 主任有効期間  満了日 | **２** | | **０** | | **２** | | **６** | | | 年 | | **１** | | **１** | | | 月 | | **１** | | **４** | | 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 | **３** | **３** | **０** | **―** | **９** | **３** | **０** | **１** |   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  同意する場合は、必ずチェックをしてください | ※**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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **☑　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：　　**０４８－８３０－３２３２** | | | | | | | | | | | | | | 日中の連絡先：　　**０９０－１２３４－５６７８** | | | | | | | | | |
| 再交付理由  必ずチェックをしてください | * 亡失のため □　滅失のため　　□　汚損のため　　□　破損のため * その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | ☑破損、汚損の場合は現状のままの介護支援専門員証もしくは**主任介護支援専門員証**  ☑交付手数料（１，３００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）  □※「住基ネット利用の同意」にチェックがない場合  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。  ☑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。

　※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。

　※再交付申請ができるのは、介護支援専門員証の有効期間が満了していない方のみです。満了日を過ぎている場合は再研修の受講が必要です。

※有効期間が満了しておらず、氏名の変更がある場合は、書換え交付申請（様式第３号）となります。