（第７号様式）

熊本県収入証紙貼付欄

・　１，８００円分を過不足なく貼付してください。

※　収入証紙に消印はしないでください。

介護支援専門員証書換交付・再交付申請書

年　　月　　日

熊本県知事　様

氏　　名

電話番号

下記のとおり、介護支援専門員証の交付を申請します。

なお、介護保険制度の適正な運営に必要があると県が認める場合は、県が他の行政機関及び指定研修実施機関に本書に記載した事項を提示することに同意します。

記

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　交付事由

|  |  |
| --- | --- |
| 交付事由 | （いずれか該当するものに☑を記入してください。）□　書換交付（氏名変更に伴うもの）□　再交付（証の紛失）　　□　再交付（破損又は汚損） |
| 登録事項変更届提出日※ | 　　　　　年　　　月　　　日 |

留意事項

※　登録事項変更届提出日は、書換交付を申請する場合のみ記載してください。

添付書類

　１　介護支援専門員証の原本（証を紛失した場合は紛失届（第８号様式））

　２　証明写真１枚（申請の6月以内に無帽、無背景で上三分身（胸から上）を正面から撮影したもの。大きさは、縦3.0cm、横2.4cmとし、裏面に申請者の氏名、介護支援専門員証登録番号を記入すること。）

　３　郵送により証の交付を希望する場合は、返信用封筒（簡易書留での送付に必要な額の切手を貼付し、返送先の氏名、住所（平日日中の受領が可能なもの）を記載したもの。なお、封筒の大きさは、長型３号が望ましい。）

４　本人確認書類の写し（再交付の場合のみ）

　４　本人確認書類の写し（再交付の場合のみ）