

岐阜県収入証紙貼付欄 (2,000円)

写真貼付欄  
3.0cm × 2.4cm

介護支援専門員証再交付申請書

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

郵便番号 (〒 - )

住 所

氏 名 印  
(自署の場合は押印省略可)

電話番号 ( - - )  
※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください

介護保険法第69条の7及び介護保険法施行規則第113条の25の規定により、次のとおり介護支援専門員証の再交付を申請します。

フリガナ			生年月日	(西暦) 年 月 日
氏 名	(性)	(名)		
フリガナ				
住 所	(郵便番号 - ) 都 道 府 県 (アパート・マンション等名称・号室)			
個人番号 (マイナンバー)				
介護支援専門員 登録番号			登録年月日	平成 年 月 日 令和
再交付申請 の事由	<input type="checkbox"/> 1 亡 失 <input type="checkbox"/> 2 滅 失 <input type="checkbox"/> 3 汚 損 <input type="checkbox"/> 4 破 損 ※該当する項目を○で囲むこと			

添付書類 チェック欄	共通	<input type="checkbox"/>	① 岐阜県収入証紙 (2,000円) ② 写真2枚 (縦3.0cm×横2.4cm) ※交付申請前6月以内に撮影した無帽、正面、上三分身、無背景のものとする。 ※裏面に「氏名・登録番号」を記載し、1枚は貼付け、2枚目は同封すること ③ 介護支援専門員証の原本 (汚損、破損の場合) 「マイナンバーカード(表裏)」、「通知カード及び顔写真付き証明書(運転免許証等)」、「マイナンバーが記載された住民票及び顔写真付き証明書(運転免許証等)」のうち、何れかひとつの写し
	住所・氏名変更がある場合	<input type="checkbox"/>	⑤ 様式第3号 介護支援専門員登録事項変更届出書