

岐阜県収入証紙貼付欄(2,000円)

※登録申請のみの場合は貼付け不要

※キャッシュレス決済をする場合は、貼付け不要

写真貼付欄

※登録申請のみの場合は貼付け不要です

3.0cm×2.4cm

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

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3 及び介護保険法施行規則 第113条の10
第69条の7第1項及び第5項 第113条の20第3項
の規定により、次のとおり 介護支援専門員の登録の移転 を申請します。
介護支援専門員証の交付

フリガナ													(西暦)	
氏 名	(姓)		(名)										生年月日	年 月 日
登録移転後の 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								現在登録を受けている都道 府県名						
介護支援専門員 証有効期間満了 日	平成 年 月 日													
介護支援専門員 証の交付	申請する • 申請しない							※どちらかを○で囲むこと。 ※交付を申請する場合は、岐阜県収入証紙と写真(2枚) が必要となります。						
登録移転先に おける勤務先	事業所等の種類 (該当する□にレ印)			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター										
	事業所名													
	介護保険事業所番号			21 21から始まる10桁の数字										
	従事開始年月日			令和 年 月 日										

必ず裏面の「添付書類チェック欄」をご確認ください。

【添付書類チェック欄】

添付書類チェック欄	交付申請をする場合(しない場合は不要)	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> ① 岐阜県収入証紙 (2,000円) (窓口でキャッシュレス決済をする場合は、不要) ② 写真2枚 (縦3.0cm×横2.4cm) <p>※ 交付申請前6ヶ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。</p> <p>※ 裏面に「氏名・登録番号」を記載し、1枚は貼付け、1枚目は同封すること</p>
	必須	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> ③ 個人番号確認書類 (次のいずれかの写し) <ul style="list-style-type: none"> ・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)

※ 本申請書は、岐阜県以外の都道府県の登録から岐阜県の登録への移転の申請に使用します。
現在登録をしている都道府県へ提出してください。

※ 本申請（登録移転）は、介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間が満了していない場合は申請できません。