

様式第4号

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 (自署の場合は押印省略可) 印

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	(姓)	(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)			
介護支援専門員 登録番号			登録年月日	平成 令和 年 月 日
再交付申請 の事由	1 亡失 2 滅失 3 汚損 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)
	住所・氏名変更がある場合	<input type="checkbox"/>	④ 様式第3号 介護支援専門員登録事項変更届出書