

別記様式第9号（第9条関係）

介護支援専門員証書換え交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

マイナンバー																				
申請者	フリガナ																			
	氏名																			

※氏名は自筆による署名

介護保険法施行規則第113条の23の規定により、介護支援専門員証の書換え交付を申請します。

生年月日 (西暦で記載)						年						月								日	
住 所 (住民票の住所)	〒	-																			
書類の送付先 (希望者のみ記載)	〒	-																		※申請に係る書類の送付先が住所と異なる場合に記載	
日中の連絡先 (電話番号等)	勤務先	-										勤務先名称(※介護事業所の場合に記載)									
	自宅・ 携帯電話	-										-									
登録番号																					
添付書類	<ul style="list-style-type: none"><li>写真（縦3cm×横2.4cm） 1枚 交付申請前6月以内に撮影した、無帽、正面、<u>上三分身</u>、無背景のもの。裏面に氏名及び登録番号を記載すること。</li><li>介護支援専門員証</li><li>介護支援専門員登録事項変更届出書（別記様式第3号）</li><li>マイナンバーの本人確認書類</li></ul> ※必要書類は別添チェックシートを参照すること。																				

茨城県収入証紙貼付（2,100円分）