写真貼付欄

※ここに写真を貼り付けてください。

横2.4㎝

縦

3.0㎝

**兵庫県収入証紙貼付欄**

ここに**兵庫県**収入証紙**2,100円分**を貼り付けるか、  
下部の記入欄に電子納付番号を記入してください。  
**※収入証紙か電子納付のいずれかで結構です。**

**＜ 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 ＞**

**様式第２号**

**他都道府県から兵庫県へ登録移転される方**

写真は必ずサイズを守ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **電子納付番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | |  | | | | | 生年  月日 | 昭和・平成  　　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 | | (姓) | | | | | | (名) | | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  ※12桁の番号 | | **「個人番号提出様式」に記載の上、添付書類と共にご提出ください。**  ※介護保険法施行規則の改正により、令和6年12月1日から個人番号の記載が必要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 登録番号  ※8桁の番号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | 登録している  都道府県知事 | | | 知事 |
| 介護支援専門員証 | | | | 交付日： 年　　　月　　　日　※有効な証をお持ちでない場合は  満了日： 年　　　月　　　日　　空欄で結構です。 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 勤務先名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 事業者  又は施設 | | | 下記のうち勤務先に該当する番号をご記入下さい。→【　　　　】 | | | | | | | | | | | |
| ①指定居宅介護支援事業所  ②特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者  ③小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定 施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護に限る。）に係る指定地域密着型サービス事業者  ④基準該当居宅介護支援事業者  ⑤介護保険施設  ⑥介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者  ⑦介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介 護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者  ⑧指定介護予防支援事業者及び基準該当介護予防支援事業者  ⑨地域包括支援センター | | | | | | | | | | | |

**以下、必ず署名してください。**

上記により、介護保険法第6 9条の３及び同法第69条の７第５項に基づき、介護支援専門員の登録移転及び介護支援専門員証の交付を申請します。

　令和　　年　　月　　日

　兵 庫 県 知 事　 様

　氏　　名

私は、現在登録をしている都道府県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。

亡失した介護支援専門員証を発見したときは、直ちに返納します。　氏名

なお、添付書類である介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に、署名してください。