

(様式第6号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

・2,700円分。消印はしないこと。

介護支援専門員証の有効期間の更新申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名  
電話番号(自宅等)  
勤務先名  
電話番号(勤務先)

次のとおり、介護支援専門員証の更新について申請します。

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
フリガナ	
住所	〒
登録番号	(8桁の番号を記入)
介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日
主任介護支援専門員の有効期間満了日	年 月 日 (※有効期間内の方のみ記載)
※主任介護支援専門員更新研修の修了証明書で更新する方のみ記載	介護支援専門員証と主任介護支援専門員更新研修修了証明書の有効期間を揃えて <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望する <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望しない <input type="checkbox"/> 置き換えられない <input type="checkbox"/> すでに置き換えをしている ※置き換える場合は修了証明書の発行日から概ね2ヶ月以内に申請 (主任更新研修のみ)
欠格事由	介護保険法第69条の2第1項第1号から第3号のいずれかに <input type="checkbox"/> 該当する ( <input type="checkbox"/> 第1号、 <input type="checkbox"/> 第2号、 <input type="checkbox"/> 第3号 ) ・ <input type="checkbox"/> 該当しない

添付書類

- 1 介護支援専門員証の原本。(なお、亡失等により添付できない場合は、下欄の紛失申立に記入すること。)
- 2 更新研修等の修了証明書 (写)。
- 3 証明写真 (縦 3cm×横 2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。)
- 4 返信用封筒 (長形3号 120×235<sup>ミ</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。)

本申請とあわせて、

- 登録事項に変更が生じたため、上記内容を変更後の内容として、登録事項の変更を希望します。  
(必要に応じて、氏名又は住所の変更が確認できる住民票 (個人番号(マイナンバー)の記載不要)・戸籍抄本の原本 (コピー不可。6ヶ月以内に交付されたもの。) を添付のこと。)

介護支援専門員証の紛失申立

私は、愛媛県知事が発行した介護支援専門員証を紛失したことを申し立てます。  
紛失したものを発見したときは、速やかに愛媛県へ返納します。

氏名 \_\_\_\_\_

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(2) □欄には、該当する項目を必要に応じて、レ印をするか、黒く塗りつぶすこと。