

(様式第2号)

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

フリガナ					写真 (縦4cm×横3cm)					
氏名	(姓)			(名)						
以下、年月日については和暦(元号)でご記入ください。										
生年月日	年	月	日	介護支援専門員証 有効期間満了日	年	月	日			
介護支援専門員 登録番号(8桁)								登録 都道府県	都・道 府・県	写真の裏面に氏名 を記入してください
フリガナ										
現住所	〒 都・道 府・県									
日中連絡が可能な 電話番号	自宅・携帯・勤務先*			— —						
	*勤務先の場合、勤務先名称									
移転先で業務に 従事(しよう)して いる事業所等の 名称他	[名称]									
	[所在地] 〒									
	[種類] ※該当項目□にレを付けてください。 □指定居宅介護支援事業者 □(介護予防)特定施設入居者生活介護 □(介護予防)小規模多機能型居宅介護 □(介護予防)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 □介護保険施設 □基準該当居宅介護支援事業者 □(基準該当)介護予防支援事業者 □地域包括支援センター									
添付書類	添付書類にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 写真:6カ月以内に撮影した上半身、正面向、無帽の背景のない顔写真(カラー)の裏面に氏名を記入し、この申請書上段の写真貼付欄に貼り付けてください。 <input type="checkbox"/> 手数料:福岡県領収証紙4,300円分を購入し、下段の証紙貼付欄に貼り付けてください。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証[原本] <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の有効期間を経過し、交付申請する場合…再研修修了証明書[写し]									

上記により、介護支援専門員の登録の移転及び介護支援専門員証の交付を申請します。

福岡県知事 殿

(記入日) 年 月 日

署名または記名・押印

印

領収証紙納付書

証紙貼付欄(福岡県領収証紙)

科目	82213-2399	証紙貼付欄(福岡県領収証紙)
証紙金額	4,300円	
摘要	介護支援専門員登録手数料	
受付年月日		
受付者印		