

様式第15号（第14条関係）

岩 手 県
収 入 証 紙
は り 付 け

4,300円分の岩手県収入証紙を貼付してください。お住いの市町村役場等で購入できます。（郵便局で販売している収入印紙ではありません。）また、汚損したものや一度剥がしたものは無効となりますので、ご注意ください。

受 付 印

介護支援専門員証交付申請書

登録番号

住民票に記載されている住所を記入してください。

住 所

フリガナ
氏 名

登録を受けた日から5年を経過しているか否かの別

年 月 日

戸籍に記載されている文字（漢字）で記入し、フリガナを付してください。

誤記の無いよう御留意ください。

該当する番号に○印を付してください。

- 1 5年を経過している。
- 2 5年を経過していない。

岩手県知事様

請 者

（個人番号： ）

生年月日（西暦）

1に該当する場合は、介護支援専門員再研修証明書（写）を添付してください。

平日の日中、確実に連絡が取れる番号を記入してください。

電話番号（携帯等平日日中に確実に連絡がとれる番号）

年 月 日

備考 次の書類を添付してください。

- (1) 申請者の写真（縦3cm×横2.4cm）1枚
申請前6ヶ月以内に撮影した無帽、正面、上半身、無背景のもの。裏面に氏名、生年月日を記載すること。
- (2) 介護保険法第69条の7第2項の研修（再研修）を修了した旨の証明書の写し（登録を受けた日から5年を経過している場合。）
- (3) マイナンバーカード（表裏両面）の写し（未交付の場合は、マイナンバー記載の住民票及び顔写真付き身分証明書の写し）

(A4)