

様式第 16 号の 2 (第 15 条関係)

1,600 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。

岩手県  
収入証紙  
はり付け

申請者 氏

住所

氏名

(個人番号: )

誤記の無いよう御留意ください。

受 付 印

受 付 印		介護支援専門員証書換え交付申請書		登録番号
年 月 日 岩手県知事様	変更後	フリガナ		
		氏名		
	変更前	氏名		
	生 年 月 日 (西暦)	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。	年 月 日	
	電 話 番 号			

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。

備考 当様式は、介護支援専門員証有効期間内の方が、氏名変更をした場合に書換え交付を申請する様式です。

添付書類

- (1) 戸籍抄本又は戸籍謄本(コピー可)
- (2) 写真(申請前6ヶ月以内に無帽・無背景で正面から上半身を撮影した縦3cm×横2.4cmのもので、裏面に氏名を記載すること)
- (3) 介護支援専門員証原本
- (4) 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)