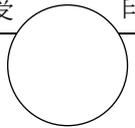


様式第18号（第17条関係）

岩 手 県
収 入 証 紙
は り 付 け

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。

受 付 印

		介護支援専門員証有効期間更新申請書		登録番号	
住所		フリガナ 氏 名		付 記	
年 月 日 申請者 岩手県知事 様		(〒 -) (個人番号:)		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。	
住民票に記載されている住所を記入してください。		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。		誤記の無いよう御留意ください。	
電話番号		日（西暦） 年 月 日			

有効期限経過後の申請は受理できませんので、十分にご注意ください。

住民票に記載されている住所を記入してください。

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。

誤記の無いよう御留意ください。

備考 次の書類を添付してください。

- (1) 申請者の写真（申請前6月以内に無帽、無背景で正面から上半身を撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルのもので、裏面に氏名を記載したもの）
- (2) 介護保険法第69条の8第2項（ただし書）の研修（更新研修及び専門研修）を修了した旨の証明書の写し
- (3) 現に保有する介護支援専門員証
- (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）