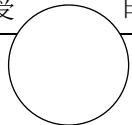


様式第17号（第16条関係）

岩 手 県
収 入 証 紙
は り 付 け

1,100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



介護支援専門員証再交付申請書

登録番号

住民票に記載されている住所を記入し、フリガナを付してください。

住 所

フリガナ
氏 名

申請理由

年 月 日

申
請
者

岩手県知事 様

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。

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。

生年月日（西暦）

年 月 日

電話番号

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) 汚損し、又は破損した介護支援専門員証（紛失の場合は不要）

(A4)