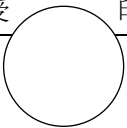


様式第17号 (第16条関係)

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

 岩手県知事 様	介護支援専門員証再交付申請書		登録番号	
	住所 ( ) 年 月 日	フリガナ 氏 名	申請理由	
申請者	(個人番号: ) 生年月日 (西暦)	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。		
電話番号	年 月 日	誤記の無いよう御留意ください。		

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。

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) 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)
- (3) マイナンバーカードの写し(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)