

別記

第2号様式(第3条関係)

介護支援専門員登録移転申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 氏 名

携帯電話 () -

日中連絡先 () -

※日中連絡先には、勤務先など日中確実に連絡が取れる番号を記載してください。

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の3の規定に基づき、下記により、介護支援専門員登録の移転及び介護支援専門員証交付を申請します。

また、介護保険制度の適正な実施を図るために必要があるときは、登録された事項を国及び他の都道府県その他関係団体に提示することに同意します。

記

1	フリガナ		2	生年月日	(西暦)	年	月	日
	氏名							
3	住 所	(〒 -)						
		フリガナ						
4	個人番号(12桁) (マイナンバー)							
5	登録番号 (8桁)					6	登録をしている 都道府県知事	都道府県知事
7	勤務(予定) 先事業所名				サービス種別			
					事業所番号			
8	事業所住所				事業所電話番号			
	添付書類	1 介護支援専門員証(原本) ※介護支援専門員登録証明書(本体・携帯用)含む。 2 鹿児島県内に所在する事業所又は施設で介護支援専門員の業務に従事 することを証する書面 3 個人番号(マイナンバー)の確認書類(次のうちいずれか一つ) ・個人番号カード(マイナンバーカード)の写し(両面) ・通知カードの写し及び顔写真付き証明書(運転免許証等)の写し ・個人番号(マイナンバー)の記載のある住民票抄本(原本)及び顔写真付き証明 書(運転免許証等)の写し(通知カードを紛失した場合や現在の氏名又は住所が カードの記載と異なる場合)						

※ 介護支援専門員証の交付を希望する場合には、介護支援専門員証交付申請書(別記第6号様式)を提出すること。

※ 勤務先住所が決まっている場合には、7についても記入すること。

※ この申請書は、鹿児島県以外の都道府県から鹿児島県へ登録移転申請をする場合に使用すること。