介護支援専門員証有効期間更新(置換)交付申請書

**＜主任更新研修修了者向け＞**

写真貼付欄

※ここに写真を貼り付けてください。

横2.4㎝

縦

3.0㎝

兵庫県収入証紙貼付欄

ここに兵庫県収入証紙**2,100円分**を貼り付けてください。

**（証紙の種類は問いません。枠内に貼れない時は余白に貼ってください。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | | | | |  | | | | | ②生年  月日 | （和暦） 　　　年  　　月　　日 | |
| 氏　　名 | (姓) | | | | | (名) | | | | |
| ③　住　　所 | | 〒  ※登録住所と異なる住所を記入の方で、変更届がまだの方はまず変更届を提出しなければ更新  手続きは出来ませんのでご注意ください。(原則、電子申請。難しい方は様式３号を添付) | | | | | | | | | | | | |
| **※住所の変更がある方のみ記入（１か２に○）** | | １　電子申請　　　・　　　２　紙の様式3号を同封 | | | | | | | | | | | | |
| ④　登録番号  ※8桁の番号をご記入ください。 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | ⑤介護支援専門員  証の有効期間 | | | 年　　月　　日 |
| ⑥専門員証と主任資格の有効期間置換希望  ※該当項目に○を付けてください。  **※既に置き換え済みの方と置き換えを希望されない方は、記入不要** | | **※既に置き換え済みの方と置き換えを希望されない方は、記入不要**   |  |  | | --- | --- | | **A**　主任介護支援専門員更新研修修了証明書の有効期間満了日 | 年　　　月　　　日 | | **B**　⑤の現に有する介護支援専門員証  の有効期間に５年を加えた年月日 | 年　　　月　　　日 | | 1. **A**が**B**より先に満了する 2. **A**が**B**より後に満了する | * 1. ・　　　②   ※該当する方に〇をすること | | 上記①に該当する方は、置き換え交付が可能です。右のいずれか該当する方に〇をすること。 | 主任介護支援専門員更新研修修了証明書の  有効期間に  置換交付する・　置換交付を希望しない  ※該当する方に〇をすること | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 携帯電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ メールアドレス | | **＠** | | | | | | | | | | | | |
| 提出時期 | | ・有効期間の置き換えが可能で、希望される方は、主任更新研修修了後すぐ  ※ただし、置換後の有効期間開始日が本日より先の場合は、有効期間開始日の2～3か月前まで  ・有効期間を置き換えない方は、介護支援専門員証の有効期間満了日の2～3か月前まで | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  注意事項 | | １　写真２枚（縦3.0cm×横2.4cm、白黒・カラーどちらでも可）  　※交付申請前６か月以内に撮影した無帽、正面、上三分身、無背景のもの。  ※裏面に氏名及び登録番号を記入し、１枚はこの申請書の写真貼付欄に貼付し、もう1枚は申請書左肩に裏向けでテープ留めしてください。  ２　介護支援専門員証の原本  ３　証更新に必要とされる更新研修の修了証明書（写し）  ※申請書はペン又はボールペンで記入してください。(消えるペンは使用不可) | | | | | | | | | | | | |

上記により、介護支援専門員証の有効期間更新(置換)及び交付を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

兵 庫 県 知 事　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名



**お問合せQRコード**

なお、添付書類である介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に、署名してください。

私は、兵庫県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。

亡失した介護支援専門員証を発見したときは、直ちに返納します。　　氏名

**注意！！　書類に不備があれば、申請者による郵送料負担により、書類を**

**返送することとなりますので、記入漏れ等ないよう記入ください。**

**兵庫県内の銀行等で販売している兵庫県の収入証紙2,100円分を貼り付けてください。（郵便局で販売している収入印紙ではありません。）**

**28999999**

**兵庫太郎**

**(写真裏面)**

**写真の裏面に、登録番号及び氏名を記入し、裏を向けたまま、申請書左肩にテープ留めしてください。**

**【記入例】**

介護支援専門員証有効期間更新（置換）交付申請書

**兵庫県の収入証紙　2,100円分**

（収入印紙ではありません。）

**証の作成に２か月程度かかります。証の原本をご提出いただくので、原則満了日の２か月前からの提出になっています。早く提出されても、申請者負担により、書類を一旦返送することとなります。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ | **ヒョウゴ** | | | | | | **タロウ** | | | | 1. 生年   月日 | （和暦） **昭和○○** 年  **○** 月 **○** 日 | |
| 氏　　名 | (姓)　**兵庫** | | | | | | (名)　 **太郎** | | | |
| ③　住　　所 | | 〒**650-8567**  **兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号** | | | | | | | | | | | | |
| ④　登録番号  ※8桁の番号をご記入ください。 | | **2** | **8** | **○** | **○** | **○** | **○** | | **○** | **○** | ⑤介護支援専門員証  の有効期間満了日 | | | **平成○○**年**○**月**○**日 |
| ⑥研修修了証の種別  と有効期間置換希望  ※該当項目に○を付けてください。  **不備があった場合に、確実に連絡が取れる連絡先（携帯・メアド）を記載してください。** | | |  |  | | --- | --- | | A　主任介護支援専門員更新研修修了  証明書の有効期間満了日 | 年　　　月　　　日 | | B　現に有する介護支援専門員証の有  効期間に5年を加えた年月日 | 年　　　月　　　日 | | 1. 上記AがBより先に満了する 2. 上記AがBより後に満了する | ①　　　・　　　②  ※該当する方に〇をすること | | 上記①に該当する方は、置き換え交付が可能です。いずれか該当する方に〇をすること。 | 主任介護支援専門員更新研修修了証明書の有効期間に  置換交付する・　置換交付を希望しない  ※該当する方に〇をすること  **該当する方に○を付けてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 携帯電話番号 | | 080－○○○○―○○○○ | | | | | | | | | | | | |
| ⑧メールアドレス | | koreiseisaku@pref.hyogo.lg.jp | | | | | | | | | | | | |
| 提出時期 | | ・有効期間置き換えが可能で、希望される方は、主任更新研修修了後すぐ  ※ただし、置換後の有効期間開始日が本日より先の場合は、有効期間開始日の2～3か月前まで  ・有効期間を置き換えない方は、介護支援専門員証の有効期間満了日の2～3か月前まで | | | | | | | | | | | | |
| 注　意 | | １　写真２枚（縦3.0cm×横2.4cm、白黒・カラーどちらでも可）  **置き換え希望で、置換後の有効期間開始日が本日よりかなり先にある方は、返送させていただく場合がございます。**  **例）令和４年４月置換申請**  **・・・置換後の有効期間開始日　（令和４年12月）**  **4月提出で証を作成すると、かなり先の12月からの専**  **門員証をお渡しすることとなるため、提出時期は有効**  **期間開始日12月の２～３か月前の10月ごろとなり**  **ます。**  　※交付申請前６か月以内に撮影した無帽、正面、上三分身、無背景のもの。  ※裏面に氏名及び登録番号を記入し、１枚はこの申請書の写真貼付欄に貼付し、もう1枚は申請書左肩に裏向けでテープ止めしてください。  ２　介護支援専門員証の原本  ３　証更新に必要とされる更新研修の修了証明書（写し））  ※主任更新研修の修了により更新研修を免除された場合は、同研修の修了証明書（写し）を添付してください。  ※申請書はペン又はボールペンで記入してください。(消えるペンは使用不可) | | | | | | | | | | | | |

上記により、介護支援専門員証の有効期間更新(置換)及び交付を申請します。

**○○**年　**○**月**○○**日

**記入日を記載**

兵 庫 県 知 事　 様

　　氏　　名 　　 **兵 庫 太 郎**



**お問合せQRコード**

なお、添付書類である介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に、署名してください。

私は、兵庫県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。

亡失した介護支援専門員証を発見したときは、直ちに返納します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名