（様式８）

介護支援専門員証再交付申請書

西暦　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

下記のとおり、記載事項について介護支援専門員証の再交付を申請します。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時は、提出した書類に記載された事項を他の行政機関に対し、提示することに同意します。

フリガナ		写　真 （3×2.4cm） 写真の裏に氏名・生年月日を必ず記入すること。
氏　　名		
生年月日（西暦）	年　　月　　日生	
フリガナ		
現　住　所	〒　　－ 都道 府県	
電話番号	自宅 －　　－	日中の連絡先（勤務先・携帯・その他） －　　－
登録番号（8桁）		
再交付理由		
備　考　欄		
添付書類	□現に有する汚損又は破損した介護支援専門員証 （※亡失したときは添付不要） □写真（3×2.4cm）2枚	

※1　「氏名」欄は、戸籍に記載されている文字を使用の上、必ずフリガナを付すこと。旧姓・通称名を使用されている方は、介護支援専門員として登録されている氏名を記入すること。

※2　「現住所」欄は、住民票に記載されている内容で記入すること。必ずフリガナを付し、郵便番号、都道府県名、市区町村名、地番、〇〇様方・〇〇号室など正確に記入すること。

※3　「電話番号」は、申請内容に関して確認をする場合があるため、**平日の日中に連絡可能な番号を必ず記入**すること。連絡がとれ、申請内容の確認ができるまで、交付の事務は中断となる。

※4　「登録番号」欄は、介護支援専門員登録番号を記入すること。