

**介護支援専門員登録移転申請書**  
兼  
**介護支援専門員証有効期間更新申請書**

フリガナ	※必ず記入してください						
氏名							
生年月日	西暦( )/昭和・平成( )年	月	日				
	※西暦、和暦を併記してください						
フリガナ	※必ず記入してください						
住所							
郵便番号	(	—	)				
昼間連絡先電話番号	—	—	(自宅・勤務先・携帯電話・その他( ))				
主任介護支援専門員資格の有無	あり	なし	※該当する方に○を記載してください。				
登録番号(8桁)							
移転前の登録都道府県知事	(	都	道	)	知事		
	府	県					

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第113条の10の規定により、登録の移転を申請するとともに、同法第69条の8第1項及び同施行規則第113条の26第3項において準用する第113条の20第1項の規定により、介護支援専門員証の有効期間の更新を申請します。

年 月 日

鳥取県知事 様

添付書類の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。

\_\_\_\_\_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時は、直ちに返納します。

氏名 \_\_\_\_\_

添付書類




(1) 写真(3×2.4cm) 1枚

※交付申請前6月以内に撮影した無帽・正面・上半身・無背景のもので、裏面に記名すること

(2) 介護支援専門員証原本

(3) 鳥取県介護支援専門員証交付手数料(4,200円)のレシート(納付票添付用)もしくは納付済証

《手数料納付方法》 ※次のいずれかの方法で納付してください。

<input type="checkbox"/> POSレジ(県の窓口で納付)	<input type="checkbox"/> 4連式納付書(金融機関もしくはコンビニで納付)												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">鳥取県庁POS</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">¥4,200</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">  </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">2 102100 201009</td> </tr> <tr> <td colspan="2">手数料名:介護支援専門員証交付新規更新</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予算主務課:ささえあい福祉局長寿社会課</td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号:0857-26-7175</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">POSレジバーコード(納付票)</p>	鳥取県庁POS	¥4,200			2 102100 201009		手数料名:介護支援専門員証交付新規更新		予算主務課:ささえあい福祉局長寿社会課		電話番号:0857-26-7175		<p>納付書番号 _____</p> <p>※納付書で納付した場合は納付書番号を必ず記入してください。</p>
鳥取県庁POS	¥4,200												
													
2 102100 201009													
手数料名:介護支援専門員証交付新規更新													
予算主務課:ささえあい福祉局長寿社会課													
電話番号:0857-26-7175													

レシート(納付票添付用) / 納付済証(コンビニ納付等) 貼付欄