

住所：_____

申請者 氏 名：_____

日中の連絡先： _____

写真貼付欄

縦3.0cm
横2.4cm

- ☐ 介護支援専門員の登録移転
介護保険法第69条3の規定により、登録の移転を申請します。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に提示することに同意します。
- ☐ 介護支援専門員証の交付
介護保険法第69条の7の規定により、介護支援専門員証の交付を申請します。

佐賀県収入証紙貼付欄（3,800円分）

介護支援専門員証の交付を申請しない場合は証紙の貼付は不要です。

フリガナ					生年月日		年 月 日	
氏 名	(姓)		(名)					
個人番号						個人番号通知書やマイナンバーカード等に記載の12桁の番号		
住 所	フリガナ 〒 _____							
	都・道 府・県				区 市・郡			
登録番号						移転前の 都道府県	登録年月日	年 月 日
移転後の 就業先 (予定)	事業者等の種類 (該当する□に印)		☐ 居宅介護支援事業者（基準該当居宅介護事業者を含む） ☐ 特定施設入所者生活介護（介護予防サービスを含む） ☐ 小規模多機能型居宅介護（介護予防サービスを含む） ☐ 認知症対応型共同生活介護（介護予防サービスを含む） ☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ☐ 介護保険施設 ☐ 介護予防支援事業者（基準該当介護予防支援事業者を含む） ☐ 地域包括支援センター					
	事業所	名 称	〒 _____					
		所 在 地						
	電話番号					事業所番号		
添付書類	【必ず必要なもの】 ☐ 個人番号カード（両面）又は通知カード（現在の氏名又は住所がカードの記載と異なる場合は個人番号が記載された住民票）及び運転免許証やパスポート等の写真付き身分証明書（写し） 【介護支援専門員証交付申請の場合】 ☐ 写真2枚（縦3.0cm×横2.4cm、白黒・カラーどちらでも可） ※6月以内に撮影した無帽、正面、上半身、無背景のもの ※1枚はこの申請書の写真貼付欄に貼付、もう1枚は裏面に氏名を記入してください。							

- (注意事項)
- 1 この申請書は、他の都道府県登録から佐賀県登録への移転申請時に使用します。現在、登録している都道府県に提出してください。
- 2 介護支援専門員証の交付を申請される方は、この申請書の佐賀県収入証紙貼付欄に3,800円分の佐賀県収入証紙を貼り付けてください。
- 3 新たな介護支援専門員証は、現在お持ちの介護支援専門員証と引き換えに交付します。

お預かりした個人情報は、介護支援専門員としての資格管理のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム（<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html>）をご覧ください。お問い合わせは、県長寿社会課 介護人材担当までお願いします。[TEL0952-25-7105（直通）、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp]