

(様式)

神奈川県介護支援専門員証交付証明申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

神奈川県知事により介護支援専門員証を交付された者であることの証明書の交付を申請します。

フリガナ							
氏 名							
生 年 月 日	年		月		日		
フリガナ							
現 住 所	〒 —						
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)							
有効期間満了日※1	年		月		日		
証明を必要とする理由							
その他※2 (○をつけてください。)	介護支援専門員証交付時以降 1. 氏名変更あり 2. 住所変更あり 3. 氏名・住所変更なし						

※1 新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員等の資格を喪失しない取扱いの対象である、**令和2年2月28日から令和4年3月31日までの間に有効期間が満了する者**を、介護支援専門員証交付証明の対象とします。

※2 介護支援専門員証交付時以降、**氏名や住所を変更した場合は、様式3「介護支援専門員資格登録簿登録事項変更届」の提出**が必要となります。

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。

署名 (本人自署)