

(様式第1号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

- ・介護支援専門員証の交付申請を伴う場合にちょう付。4,200円分。消印はしないこと。
- ・登録のみの場合はちょう付不要。

介護支援専門員登録申請書 兼 介護支援専門員証交付申請書 (新規交付)

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名  
電話番号(自宅等)  
勤務先名  
電話番号(勤務先)

- 次のとおり、  
 介護支援専門員の登録を申請します。  
 介護支援専門員証の交付を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
フリガナ			
住所	〒		
実務研修 修了年月日	年 月 日	受講番号	
欠格事由 該当の有無	介護保険法第69条の2第1項の各号(下記参照)いずれかに <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない		

介護保険法第69条の2第1項(※欠格事由に該当する場合は、あてはまる号数を○で囲むこと。)

- 1 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正にできない者として厚生労働省令で定めるもの
- 2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- 3 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第35条の2で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- 4 登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者
- 5 法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に法第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者
- 6 法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者
- 7 法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者(登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。)であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しないもの

添付書類(登録のみ場合は、3及び4は不要)

- 1 介護支援専門員実務研修修了証明書(写)
- 2 住民票(個人番号(マイナンバー)の記載不要。申請の6ヶ月以内に交付されたもの。)
- 3 証明写真(縦3cm×横2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。)
- 4 返信用封筒(長形3号120×235<sup>mm</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。)

- 注(1) 氏名は、住民票あるいは外国人登録記載事項証明書に記載されている文字を使用すること。  
(2) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。  
(3) □欄には、該当する項目を必要に応じて、レ印をするか、黒く塗りつぶすこと。

(様式第2号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

- ・4,200円分。消印はしないこと。

介護支援専門員証交付申請書（新規交付）

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名

電話番号(自宅等)

勤務先名

電話番号(勤務先)

次のとおり、介護支援専門員証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	
住所	〒
登録年月日	年 月 日
登録番号	(8桁の登録番号を記入)

添付書類

- 次のいずれか該当する書類
  - ・登録後5年を経過しておらず、かつ、介護支援専門員証の交付申請をしたことがない者  
介護支援専門員登録通知書(写)
  - ・介護支援専門員証が失効している者  
再研修等の修了証明書(写)
- 証明写真(縦3cm×横2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。)
- 返信用封筒(長形3号120×235<sup>㍉</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。)

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。



(様式第4号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

- ・「氏名のみ」又は「氏名及び住所」の変更：  
登録事項の変更 + 証の書換交付 → 1,600円分の県証紙をちょう付。消印はしないこと。
- ・「住所のみ」の変更：登録事項変更のみ → 県証紙のちょう付不要。

介護支援専門員登録事項変更届出書 兼 介護支援専門員証書換交付申請書（書換交付）										
愛媛県知事								様		年 月 日
申請者 住所 氏名 電話番号(自宅等) 勤務先名 電話番号(勤務先)										
次のとおり、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録事項の変更を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の書換交付を申請します。										
変更前	フリガナ									
	氏名									
	フリガナ									
	住所	〒								
変更後	フリガナ									
	氏名									
	フリガナ									
	住所	〒								
登録番号									(8桁の番号を記入)	

添付書類（登録事項変更のみの場合は、3及び4は不要）

- 次のうち該当するもの
  - ・証の書換交付を同時に行う場合：介護支援専門員証の原本。  
(なお、亡失等により添付できない場合は、下欄の紛失申立に記入すること。)
  - ・登録事項変更のみの場合：介護支援専門員証の写し。
- 次のうち該当するもの（原本（コピーは不可））
  - ・住所変更の場合：住民票（個人番号（マイナンバー）の記載不要。申請の6ヶ月以内に交付されたもの。)
  - ・氏名変更の場合：戸籍抄本（申請の6ヶ月以内に交付されたもの。なお、氏名と住所の変更で、住民票に現在の氏名と変更前の氏名の両方が表示されている場合は、戸籍抄本不要。)
- 証明写真（縦3cm×横2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。)
- 返信用封筒（長形3号 120×235<sup>mm</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。)

介護支援専門員証の紛失申立

私は、愛媛県知事が発行した介護支援専門員証を紛失したことを申し立てます。  
紛失したものを発見したときは、速やかに愛媛県へ返納します。

氏名 \_\_\_\_\_

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(2) □欄には、該当する項目を必要に応じて、レ印をするか、黒く塗りつぶすこと。

(様式第5号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

・1,100円分。消印はしないこと。

介護支援専門員証再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名  
電話番号(自宅等)  
勤務先名  
電話番号(勤務先)

次のとおり、介護支援専門員証の再交付を申請します。

フリガナ								
氏名								
フリガナ								
住所	〒							
生年月日	年 月 日							
登録番号								(8桁の番号を記入)
登録年月日	年 月 日							
再交付の理由 ※該当を○で囲んで下さい	亡失 ・ 滅失 ・ 汚損 ・ 破損 ・ その他							

添付書類

- 1 汚損又は破損した場合等は、汚損又は破損した介護支援専門員証等（又は介護支援専門員登録証明書。以下同じ。）。
- 2 証明写真（縦3cm×横2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。）
- 3 返信用封筒（長形3号 120×235<sup>ミ</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。）

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(2) 亡失により再交付を受けた後に、亡失した介護支援専門員証を発見したときは、速やかに発見した介護支援専門員証を返納すること。

(様式第6号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

・2,700円分。消印はしないこと。

介護支援専門員証の有効期間の更新申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名  
電話番号(自宅等)  
勤務先名  
電話番号(勤務先)

次のとおり、介護支援専門員証の更新について申請します。

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
フリガナ	
住所	〒
登録番号	(8桁の番号を記入)
介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日
主任介護支援専門員の有効期間満了日	年 月 日 (※有効期間内の方のみ記載)
※主任介護支援専門員更新研修の修了証明書で更新する方のみ記載	介護支援専門員証と主任介護支援専門員更新研修修了証明書の有効期間を揃えて <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望する <input type="checkbox"/> 置き換えて交付することを希望しない <input type="checkbox"/> 置き換えられない <input type="checkbox"/> すでに置き換えをしている ※置き換える場合は修了証明書の発行日から概ね2ヶ月以内に申請 (主任更新研修のみ)
欠格事由	介護保険法第69条の2第1項第1号から第3号のいずれかに <input type="checkbox"/> 該当する ( <input type="checkbox"/> 第1号、 <input type="checkbox"/> 第2号、 <input type="checkbox"/> 第3号 ) ・ <input type="checkbox"/> 該当しない

添付書類

- 1 介護支援専門員証の原本。(なお、亡失等により添付できない場合は、下欄の紛失申立に記入すること。)
- 2 更新研修等の修了証明書 (写)。
- 3 証明写真 (縦 3cm×横 2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可。)
- 4 返信用封筒 (長形3号 120×235<sup>ミ</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと。)

本申請とあわせて、

- 登録事項に変更が生じたため、上記内容を変更後の内容として、登録事項の変更を希望します。  
(必要に応じて、氏名又は住所の変更が確認できる住民票 (個人番号(マイナンバー)の記載不要)・戸籍抄本の原本 (コピー不可。6ヶ月以内に交付されたもの。) を添付のこと。)

介護支援専門員証の紛失申立

私は、愛媛県知事が発行した介護支援専門員証を紛失したことを申し立てます。  
紛失したものを発見したときは、速やかに愛媛県へ返納します。

氏名 \_\_\_\_\_

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(2) □欄には、該当する項目を必要に応じて、レ印をするか、黒く塗りつぶすこと。

(様式第7号)

愛媛県収入証紙ちょう付欄

- ・介護支援専門員証の交付申請を伴う場合にちょう付。3,800円分。消印はしないこと。
- ・登録移転のみの場合はちょう付不要。

介護支援専門員登録移転申請書 兼 介護支援専門員証交付申請書										
										年 月 日
愛媛県知事 様										
										申請者氏名
										電話番号(自宅等)
										勤務先名
										電話番号(勤務先)
次のとおり、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録移転を申請します。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証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										
住所	〒									
現登録 都道府県知事	知 事									
登録番号									主任介護支援専門員(更新)研修修了の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

添付書類

- 現在登録している都道府県で交付されている次の書類のうち該当するもの
  - ・介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(写)
  - ・介護支援専門員として登録されていることを証明する書類(写)
  - ・主任介護支援専門員(更新)研修修了証明書(写) ※有効期間内の方のみ添付
- 愛媛県内に所在する施設・事業所等に従事されていることが確認できる書類(様式任意。雇用契約書の写しでも可)。
- 証明写真(縦3cm×横2.4cm 申請の6ヶ月以内に、無帽、無背景で上半身を正面から撮影したものの裏面に氏名を記入したもの。インクジェットプリンタ等で印刷したものは不可)。
- 返信用封筒(長形3号 120×235<sup>mm</sup>。氏名と住所を明記し、444円分切手を貼付のこと)。

本申請とあわせて、

- 登録事項に変更が生じたため、上記内容を変更後の内容として、登録事項の変更を希望します。  
(必要に応じて、氏名又は住所の変更が確認できる住民票(個人番号(マイナンバー)の記載不要)・戸籍抄本の原本(コピー不可。6ヶ月以内に交付されたもの)を添付のこと)。

- 注(1) 申請書は、現在登録している都道府県へ提出すること。(登録の都道府県を經由して愛媛県へ届きます。なお、現在の介護支援専門員証や介護支援専門員登録証明書は、登録都道府県へ返納する必要があります。)
- (2) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
  - (3) 登録移転のみ行い証の交付をしない場合、移転と同時に失効しますのでご注意ください。
  - (4) 欄には、該当する項目を必要に応じて、レ印をするか、黒く塗りつぶすこと。

(様式第 8 号)

介護支援専門員死亡等の届出書											
年 月 日											
愛媛県知事	様										
住所											
申請者											
氏名											
電話番号											
フリガナ											
氏名											
生年月日	年 月 日										
住所	〒										
登録番号	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table> (8桁の番号を記入)										
届出事由 ※該当する□欄にレ印を するか、黒く塗りつぶして ください。	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものに該当 <input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 35 条の 2 で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当										

**添付書類**

- 1 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書等
- 2 届出事項を証する書面

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。



(様式第9号)

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者氏名

電話番号

次の介護支援専門員の登録を消除願います。

フリガナ								
氏名								
生年月日	年 月 日							
住所	〒							
登録番号								(8桁の番号を記入)
登録年月日	年 月 日							
消除申請する理由								

添付書類

介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

(様式第 10 号)

介護支援専門員証返納届出書

年 月 日

愛媛県知事 様

住所

申請者

氏名

電話番号

次のとおり介護支援専門員証（介護支援専門員登録証明書）を返納します。

フリガナ							
氏名							
生年月日			年		月		日
登録番号							(8桁の番号を記入)
返納する書類の種類 ※該当欄に○を記入	介護支援専門員証						
	介護支援専門員登録証明書				B5版		
					携帯用		
返納理由 ※該当欄に○を記入	登録が消除された						
	介護支援専門員証（登録証明書）が効力を失った						
	紛失した介護支援専門員証（登録証明書）を発見した						

添付書類

該当の介護支援専門員証（又は介護支援専門員登録証明書）

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。