

(第2号様式)

介護支援専門員登録移転申請書												
年 月 日												
熊本県知事 様												
氏 名												
電話番号												
下記のとおり、登録移転を申請します												
なお、介護保険制度の適正な運営に必要があると県が認める場合は、県が他の行政機関及び指定研修実施機関に本書に記載した事項を提示することに同意します。												
記												
1 申請者												
フリガナ								生年月日		年 月 日		
氏名												
フリガナ												
住所	(〒 -)											
個人番号 (マイナンバー)												
介護支援専門員証 登録番号												
2 登録移転												
現在登録している 都道府県	() 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県											
移転後の就業先 (予定) (該当に○をすること)	有	事業所名										無
		住 所	(〒 -)									
		電話番号										
添付書類												
① 介護支援専門員証の写し (証を紛失した場合は紛失届 (第8号様式)) 又は介護支援専門員登録 証明書の写し												
② 「個人番号カード (表裏)」、「通知カード及び顔写真付き証明書 (運転免許証等)」、「個人番号が 記載された住民票及び顔写真付き証明書 (運転免許証等)」のうち、いずれか一つの写し												

○ 個人番号（マイナンバー）にかかると書類について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第16条に基づき、個人番号を記載した申請書等の提出の際は、「本人確認」をさせていただきます。本人確認は、「番号確認」と「身元（実存）確認」に分類され、それぞれ提出いただく書類の組み合わせは、以下の表のとおりです。

- ・①～③のいずれかの組み合わせのものを提出してください。

（住民票以外はコピーしたものを提出してください）

	チェック	番号確認	チェック	身元（実存）確認
①	☐	個人番号カード（裏）	☐	個人番号カード（表）
②	☐	・通知カード - もしくは ・個人番号が記載された住民票（住民票は原本）	☐	以下の書類から1点 ①介護支援専門員証 ②運転免許証、運転経歴証明書 ③パスポート ④身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳 ⑤在留カード、特別永住者証明書
③			☐	以下の書類から2点 ①公的医療保険の被保険者証 ②年金手帳 ③児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書

- ・個人番号確認のための書類は、事務処理後シュレッダーで裁断若しくは溶解処理します。