

介護支援専門員証の交付手続について

以下の注意書きにしたがって、定められた様式に必要な事項を記入し、下記の宛先に添付書類とともに送りください。

書類の送り先

〒163-0719

東京都 新宿区 西新宿 2-7-1 小田急第一生命ビル19階

公益財団法人 東京都福祉保健財団 人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ登録担当(新規)

※特定記録で郵送してください。

問い合わせ先

公益財団法人 東京都福祉保健財団 人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ担当

電話:03-3344-8512(直通) FAX:03-3344-8592

1 提出していただくもの

- ① 別紙「介護支援専門員証交付申請書」(第6号様式)
※ご記入いただく電話番号は、日中連絡が取れる番号をご記入ください。
- ② 縦3.0cm、横2.4cmで、申請前6か月以内に撮影した無帽、正面、上半身の、顔が鮮明に写っているカラー写真1枚
※スナップ写真や家庭用のプリンターで印刷した写真は不可。
※写真は、裏面に氏名、登録番号を記載し、①の書類の写真欄に貼付してください。
※①の書類に貼付していただいた写真を、データとして介護支援専門員証に取り込みます。
※背景が白系統だとぼやける可能性がありますので、なるべく避けてください。
- ③ 再研修の修了証明書の写し
※介護支援専門員証が失効した方または介護支援専門員の登録日から5年経過している方のみ添付

2 手数料について

以下の要領で手数料を納めていただく必要があります。

- (1) 手数料額 1,000円
- (2) 納入時期と方法
申請書受付後、郵送で払込取扱票を送付しますので、ゆうちょ銀行で納入してください。
なお、納入に係る振込手数料は申請者負担です。
- (3) 請求の事由
東京都福祉保健局関係手数料条例（平成12年東京都条例第87号）に基づき、交付事務に要する手数料として納入していただくものです。
- (4) 歳入の属する年度
申請年月日の属する年度
- (5) 歳入科目
一般会計 使用料及手数料 手数料 福祉保健手数料 介護支援専門員証交付等

3 手続の結果

この手続に基づき、介護支援専門員証を交付します。

介護支援専門員証交付申請書

介護保険法第69条の7第1項及び介護保険法施行規則第113条の20第1項の規定(介護保険法第69条の8第1項に規定する介護支援専門員証の有効期間の更新の場合にあっては、介護保険法施行規則第113条の26第1項及び第3項の規定)に基づき、下記により、介護支援専門員証の交付を申請します。

カラー写真
縦 3.0cm 横 2.4cm

年 月 日

東京都知事 殿

氏名 _____ 印 _____

フリガナ	(姓)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
フリガナ				
住所	〒 _____ 都 道 府 県			
電話番号	(_____)			
介護支援専門員 実務研修修了年月日		実務研修 受講番号		
登録番号		主任介護支援専門員研修 (主任更新研修を含む)修了の有無		有 ・ 無
申請の種類(あてはまる箇所の <input type="checkbox"/> にチェックを付けるか、黒く塗りつぶすこと)				
<input type="checkbox"/> 新規	①介護支援専門員資格登録簿登録の日から5年を経過しているか否かの別 <input type="checkbox"/> 経過している(→②へ) <input type="checkbox"/> 経過していない			
	②5年を経過している場合 介護保険法施行規則第113条の16に規定する再研修受講経験の有無 <input type="checkbox"/> 受講している <input type="checkbox"/> 受講していない			
<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 更新研修受講修了者 更新研修修了年月日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 更新研修受講免除者 免除対象研修名	免除対象研修修了年月日		
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅱ	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 主任更新研修	年 月 日		
	主任の有効期間満了日	年 月 日		
	現に有する介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日		
	※主任更新研修修了者の場合、介護支援専門員証の有効期間を主任更新研修修了証明書の有効期間に置き換えて交付することの希望の有無	<input type="checkbox"/> 既に置き換えている <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"/> 置き換え不可		
<input type="checkbox"/> 登録の移転	現に有する介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日		