

# 介護支援専門員証「新規交付」のお手続き

## 郵送申請の場合

### ■対象者（登録地が東京都の方）

実務研修修了後に新規に専門員証を交付する方  
再研修修了後に新規に専門員証を交付する方

### ■更新の締め切り

更新申請の締め切り： **毎金曜日**

### ■手続き（郵送申請の場合）

#### 必要書類

- 介護支援専門員証交付申請書（第6号様式）
- 専門員証の顔写真  
サイズ： 縦3.0×横2.4cm（裏面に氏名・登録番号を記載）
- 更新に必要な研修の修了証（コピー）  
原本ではなく、必ずコピーをお送りください。

### ■手数料 1,000円

申請から1か月～1か月半後に郵送する払込取扱票でお振込みください。  
専門員証交付予定日は払込取扱票に同送するご案内に記載しております。

### <登録氏名を変更される方、または旧姓・通称名を併記される方の必要書類>

- 変更後の戸籍謄本（抄本）： 3か月以内に交付を受けたもの

### <登録住所を変更する方の必要書類>

- 本人確認書類（以下のいずれか）
  - ・変更後の住民票： 3か月以内に交付を受けたもの
  - ・運転免許証（表裏両面）： 変更後の住所が記載されているもの
  - ・マイナンバーカード（表面のみ）： 変更後の住所が記載されているもの

### ■顔写真についての注意事項

- ①最近6か月以内に撮影したもの
- ②カラー写真であること
- ③正面・無帽・無背景で明瞭なもの
- ④顔全体が見切れずに反映されている
- ⑤裏面に登録番号、氏名を明記すること

※スナップ写真は不可

※プリンターで印刷したものは不可

### ●送付先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18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

TEL 03-3344-8512 FAX03-3344-8592

(第6号様式)

## 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 \_\_\_\_\_

フリガナ			旧姓または通称名の併記	記載する旧姓または通称名
氏名	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 希望する (※希望者のみ☑)	フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
フリガナ				
住所	〒 _____ 都 道 府 県 _____			
電話番号	( _____ )			
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□にチェックを付けるか、黒く塗りつぶすこと)				
■ 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			
	介護支援専門員 実務研修修了年月日	年 月 日	実務研修 受講番号	
□ 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	
□ 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	

注1) 旧姓併記又は通称名併記の場合、次のように介護支援専門員証に印字する。旧姓のみ又は通称名のみ印字は不可。

【旧姓併記の例】日本 花子(旧姓;東京) →日本 花子(東京 花子)

【通称名併記の例】李 花子(通称名;日本 花子) →李 花子(日本 花子)

注2) 介護支援専門員証に併記が可能である通称名とは、外国人住民が、住民票に記載しているものを指す(住民基本台帳法施行令(昭和42年政令第292号)第30条の16第1項)。添付する住民票で通称名が確認できない場合は併記対応不可。