

高知県公報

発行
高知県
高知市丸ノ内
一丁目2番20号
発行日
毎週2回
(火曜日・金曜日)

目次	ページ
規 則	
◎高知県墓地、埋葬等に関する法律施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県理容師法施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県美容師法施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県旅館業法施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県公衆浴場法施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県屋外広告物条例施行規則の一部を改正する規則	2
◎高知県介護支援専門員の登録等に関する規則の一部を改正する規則	5
◎高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則	15
◎高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則の一部を改正する規則	28

規 則

高知県墓地、埋葬等に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第21号

高知県墓地、埋葬等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

高知県墓地、埋葬等に関する法律施行細則（平成3年高知県規則第4号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項第8号中「必要と」を「必要があると」に改め、同条第3項中「市町村及び」を「町村又は」に、「市町村等」を「町村等」に改め、同条第4項第4号中「市町村長」を「町村長」に改め、同条第5項中「市町村内」を「町村内」に改め、同項第3号及び同条第6項第1号中「市町村長」を「町村長」に改める。

第5条第2項、第6条第2項第1号及び第2号並びに第7条第1号から第3号までの規定中「市町村等」を「町村等」に改める。

第8条第1項第4号中「同等と」を「同等であると」に改める。

第10条の見出しを「（みなし許可届出書等）」に改め、同条第2項第2号中「必要と」を「必要があると」に改める。

第11条の見出しを「（委任）」に改め、同条中「墓地等の設置について」を「この規則に定めるもののほか、墓地等の設置に関し」に改める。

附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

高知県理容師法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第22号

高知県理容師法施行細則の一部を改正する規則

高知県理容師法施行細則（平成5年高知県規則第5号）の一部を次のように改正する。

第2条中「及び」を「又は」に改め、「（条例第6条第2項の規定による申請については、当該所在地が高知市にある場合にあっては、高知市長）」を削る。

第3条の見出しを「（理容所確認証の再交付の申請等）」に改める。

附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

高知県美容師法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第23号

高知県美容師法施行細則の一部を改正する規則

高知県美容師法施行細則（平成5年高知県規則第6号）の一部を次のように改正する。

第2条中「及び」を「又は」に改め、「（条例第6条第2項の規定による申請については、当該所在地が高知市にある場合にあっては、高知市長）」を削る。

第3条の見出しを「（美容所確認証の再交付の申請等）」に改める。

附 則

目次中◎印のあるものは、高知県法規集に登録するものです。

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

高知県旅館業法施行細則の一部を改正する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第24号

高知県旅館業法施行細則の一部を改正する規則

高知県旅館業法施行細則（平成5年高知県規則第21号）の一部を次のように改正する。

第2条中「及び」を「又は」に改める。

第4条中「第3条の3第1項」を「法第3条の3第1項」に改める。

第7条を削る。

第8条の見出しを「（委任）」に改め、同条中「旅館業について」を「この規則に定めるもののほか、旅館業に関し」に改め、同条を第7条とする。

別表中「下水の水質の検定方法等に関する省令（昭和37年厚生省令・建設省令第1号）」を「下水の水質の検定方法等に関する省令（昭和37年厚生省建設省令第1号）」に改め、「ただし、」を削る。

別記第1号様式添付書類1中「小学校、中学校、高等学校、高等専門学校、特別支援学校及び幼稚園をいう」を「幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校及び高等専門学校をいいます」に、「第7条」を「第7条第1項」に、「及び社会教育法」を「又は社会教育法」に改め、同様式別紙1中「階建」を「階建て」に改め、同様式別紙2注中「利用できる」を「利用することができる」に、「除いた部分」を「除きます。」に、「計算する」を「計算してください」に、「をいう」を「をいいます」に改める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の高知県旅館業法施行細則別記様式は、この規則による改正後の高知県旅館業法施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。

高知県公衆浴場法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第25号

高知県公衆浴場法施行細則の一部を改正する規則

高知県公衆浴場法施行細則（平成7年高知県規則第126号）の一部を次のように改正する。

第2条中「及び」を「又は」に改める。

第6条の見出し中「届出」を「営業の再開の届出」に改める。

第8条を削る。

別表中「下水の水質の検定方法等に関する省令（昭和37年厚生省令・建設省令第1号）」を「下水の水質の検定方法等に関する省令（昭和37年^{厚生省}_{建設省}令第1号）」に改め、「ただし、」を削る。

附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。



高知県屋外広告物条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第26号

高知県屋外広告物条例施行規則の一部を改正する規則

高知県屋外広告物条例施行規則（平成8年高知県規則第81号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項第3号中「必要と」を「必要があると」に改める。

第16条中「はり付けて」を「貼り付けて」に改める。

第18条第1項第3号中「はり付けたもの」を「貼り付けたもの」に改める。

第22条第2項第2号中「法人」を「法人（未成年者の法定代理人であるときを含む。）」に改め、同号ア中「（未成年者であるときは、その法定代理人を含む。）」を削り、同項第3号イ及び第4号中「書面」を「書面。ただし、当該者が県の区域内に住所を有するときを除く。」に改める。

第24条第2項に次のただし書を加える。

ただし、住民票の写し又はこれに代わる書面については、当該者が県の区域内に住所を有するときは、添付を省略することができる。

第24条第2項第3号中「（未成年者であるときは、その法定代理人を含む。）」を削る。

第31条第1項第5号中「適当と」を「適当であると」に改める。

別表第1の表中「はり付けて」を「貼り付けて」に改める。

別表第3中「すべての」を「全ての」に改める。

別記第1号様式中「、第9条」を削り、「高知県収入証紙はり

付け欄」を「高知県収入証紙貼り付け欄」に、「次の書類も」を「、次の書類を」に、「必要と」を「必要であると」に、「をはり付け」を「を貼り付け」に、「はり付けて」を「貼り付けて」に、
「（教示）

- この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に行政不服審査法に基づき高知県知事に対して異議申し立てをすることができます。（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申し立てをできなくなります。）。
- この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に行政事件訴訟法に基づき高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）提起することができます。（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申し立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申し立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。

を

「（教示）

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して異議申立てをすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、異議申立てをすることができなくなります。）。
- この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日か

ら起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、その決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、その決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。」に改める。

別記第2号様式中「写真はり付け欄」を「写真貼り付け欄」に改める。

別記第4号様式中「広告物等表示者・設置者等変更届」を「広告物等表示・設置者等変更届」に、

表示者・設置者	を	表示・設置者	に改める。
---------	---	--------	-------

別記第9号様式（裏面）中「屋外広告物法（抜粋）」を「屋外広告物法（抜粋）」に改める。

別記第10号様式及び別記第11号様式を次のように改める。

第10号様式（第21条関係）

屋外広告業登録申請書			
高知県知事 様			
申請者		住所（主たる事務所の所在地） （郵便番号 ー ）	
フリガナ 氏名（商号、名称及び 代表者の職・氏名）		㊞	
電話番号			
屋外広告業の（更新の）登録を受けたいので、高知県屋外広告物条例第34条第 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。			
登録の種類	新規 ・ 更新	法人又は個人の別	法人 ・ 個人
現在の登録年月日及び登録番号（更新の登録の場合に記入してください。）	年 月 日 高知県屋外広告業登録第 号		
役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者）の職・氏名（申請者又は申請者の法定代理人が法人である場合に記入してください。）	職名	フリガナ 氏名	
法定代理人（申請者が未成年者である場合に記入してください。）	住所（主たる事務所の所在地） （郵便番号 ー ）	フリガナ 氏名（商号、名称及び 代表者の職・氏名） ㊞	
	電話番号		
他の地方公共団体における屋外広告業の登録年月日及び登録番号	登録を受けた地方公共団体名	登録年月日	登録番号
		年 月 日	第 号
		年 月 日	第 号
		年 月 日	第 号
		年 月 日	第 号

（裏面）

高知県内（高知市の区域を除きます。）において営業を行う営業所の名称及び所在地並びに営業所ごとに選任される業務主任者の住所及び氏名			
営業所	名称		
	所在地	（郵便番号 ー ）	
	電話番号		
	業務主任者	住所 氏名	（郵便番号 ー ）
営業所	名称		
	所在地	（郵便番号 ー ）	
	電話番号		
	業務主任者	住所 氏名	（郵便番号 ー ）
営業所	名称		
	所在地	（郵便番号 ー ）	
	電話番号		
	業務主任者	住所 氏名	（郵便番号 ー ）
営業所	名称		
	所在地	（郵便番号 ー ）	
	電話番号		
	業務主任者	住所 氏名	（郵便番号 ー ）
高知県収入証紙貼り付け欄 （手数料 円）			
注 1 法人の場合は、申請者は、代表者を記入してください。 2 「登録の種類」欄の「新規・更新」及び「法人又は個人の別」欄の「法人・個人」は、どちらか一方を○で囲んでください。 3 次の書類を添えてください。ただし、住民票の写し又はこれに代わる書面については、その者が県の区域内に住所を有するときは、添える必要はありません。 (1) 申請者が高知県屋外広告物条例第37条第1項各号のいずれにも該当しないことを誓約する書面（別記第11号様式） (2) 申請者が選任した業務主任者が高知県屋外広告物条例第43条第1項各号のいずれかに該当することを証明する書類の写し (3) 法人（未成年者の法定代理人であるときを含みます。）にあつては、次の書類 ア その役員の略歴を記載した書類（別記第12号様式） イ 登記事項証明書 ウ ア及びイの書類のほか、知事が必要であると認める書類 (4) 個人にあつては、次の書類 ア 本人（未成年者であるときは、その法定代理人を含みます。イにおいて同じです。）の略歴を記載した書類（別記第12号様式） イ 本人の住民票の写し又はこれに代わる書面 (5) 申請者が選任した業務主任者の住民票の写し又はこれに代わる書面 4 更新の登録の申請は、現在の登録期間が満了する日の30日前までにしてください。			

第11号様式（第22条関係）

誓約書		
年 月 日		
高知県知事 様		
申請者 (届出者)	住所（主たる事務所の所在地）	（郵便番号 ー ）
	フリガナ 氏名（商号、名称及び代表者の職・氏名）	㊞
	電話番号	

私（及び私の法定代理人・私が代表である法人の役員）は、高知県屋外広告物条例第37条第1項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

高知県屋外広告物条例（抜粋）
（登録の拒否）

第37条 知事は、登録申請者が次の各号のいずれかに該当するとき又は第35条第1項の登録申請書若しくは同条第2項の添付書類に重要な事項について虚偽の記載があり、若しくは重要な事実の記載が欠けているときは、第34条第1項の登録又は同条第3項の更新の登録を拒否しなければならない。

（1） 第47条第1項の規定に基づき登録を取り消され、その処分のあった日から2年を経過しない者

（2） 屋外広告業者（第34条第1項の登録又は同条第3項の更新の登録を受けて屋外広告業を営む者をいう。以下同じ。）で法人であるものが第47条第1項の規定に基づき登録を取り消された場合において、その処分のあった日前30日以内に当該屋外広告業者の役員であった者で当該処分のあった日から2年を経過しないもの

（3） 第47条第1項の規定に基づき営業の停止を命ぜられ、当該停止の期間が経過しない者

（4） 法に基づく条例又はこれに基づく処分に違反して罰金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った日から2年を経過しない者

（5） 屋外広告業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人が前各号又は次号のいずれかに該当するもの

（6） 法人でその役員のうちに第1号から第4号までのいずれかに該当する者があるもの

（7） 第35条第1項第2号の営業所ごとに第43条第1項に規定する業務主任者を選任していない者

2 略

別記第13号様式を次のように改める。

第13号様式（第23条関係）

屋外広告業者登録簿		登録年月日	年 月 日	登録番号	高知県屋外広告業登録 第 号
フリガナ 氏名（商号、名称及び 代表者の職・氏名）					
住所（主たる事務所の 所在地）		（郵便番号 ー ）			
電話番号					
法人（未成年者の法定 代理人であるときを含 む。）の役員の職・氏 名	職名				フリガナ 氏名
法定 代理 人	フリガナ 氏名（商号、名称 及び代表者の職・ 氏名）				
	住所（主たる事務 所の所在地）	（郵便番号 ー ）			
	電話番号				
営業 所	名称				
	所在地	（郵便番号 ー ）			
	電話番号				
	業務主任者氏名				
	業務主任者資格				
営業 所	名称				
	所在地	（郵便番号 ー ）			
	電話番号				
	業務主任者氏名				
	業務主任者資格				
営業 所	名称				
	所在地	（郵便番号 ー ）			
	電話番号				
	業務主任者氏名				
	業務主任者資格				
登 録 事 項 の 変 更	変更届出年月日	変更の内容（変更事項、変更前の内容、変更後の内容、変更年月日等）			
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
監督処分簿の記載		有 ・ 無	整理番号		
備考					

別記第15号様式注中「添えてください」を「添えてください。
ただし、住民票の写し又はこれに代わる書面については、その者
が県の区域内に住所を有するときは、添える必要はありません」
に、「法人の」を「法人（未成年者の法定代理人であるときを含
みます。）の」に改め、「（未成年者であるときは、その法定代
理人を含みます。）」を削り、「又はこれに代わる書面並びに」
を「若しくはこれに代わる書面又は変更後の法定代理人である法
人の登記事項証明書及び役員の略歴を記載した書面（別記第12号
様式）並びに」に改める。

別記第17号様式中「写真はり付け欄」を「写真貼り付け欄」
に、「高知県収入証紙はり付け欄」を「高知県収入証紙貼り付け
欄」に改め、同様式注中「はり付け」を「貼り付け」に改める。

別記第20号様式中「写真はり付け欄」を「写真貼り付け欄」に
改める。

附 則
この規則は、平成24年4月1日から施行する。

~~~~~  
高知県介護支援専門員の登録等に関する規則の一部を改正する  
規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）  
高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第27号  
高知県介護支援専門員の登録等に関する規則の一部を改  
正する規則

高知県介護支援専門員の登録等に関する規則（平成18年高知県  
規則第80号）の一部を次のように改正する。

第2条の見出し中「申請」を「申請手続」に改め、同条中「第  
113条の7の規定による」を「第113条の7第1項の規定に基づ  
く」に改め、同条に次のただし書を加える。

ただし、当該登録の申請とともに法第69条の7第1項及び省  
令第113条の20第1項の規定に基づく介護支援専門員証の交付  
の申請をしようとするときは、別記第2号様式による介護支援  
専門員登録（兼）介護支援専門員証交付申請書によるものとする。

第3条の見出し中「申請等」を「申請手続」に改め、同条中  
「別記第2号様式」を「別記第3号様式」に改め、同条ただし書  
を次のように改める。

ただし、当該登録の移転の申請とともに法第69条の7第5項  
及び省令第113条の20第3項の規定による介護支援専門員証の  
交付の申請をしようとするときは、別記第4号様式による介護  
支援専門員登録移転（兼）介護支援専門員証交付申請書による  
ものとする。

第4条の見出し中「届出」を「届出手続」に改め、同条中「届  
出は」を「届出は、第7条ただし書、第10条第1項ただし書及び

第11条に規定する場合を除き」に改め、同条に次のただし書を加える。

ただし、他の都道府県への登録の移転に伴い当該登録事項の変更の届出をしようとするときは、別記第6号様式による介護支援専門員登録事項変更届出書（登録移転）によるものとする。

第5条の見出し中「届出」を「届出手続」に改め、同条中「別記第6号様式」を「別記第7号様式」に改める。

第6条の見出し中「申請」を「申請手続」に改め、同条中「別記第7号様式」を「別記第8号様式」に改める。

第7条の見出し中「申請」を「申請手続」に改め、同条中「別記第8号様式」を「第2条ただし書に規定する場合を除き、別記第9号様式」に改め、同条に次のただし書を加える。

ただし、法第69条の4の規定による介護支援専門員の登録事項の変更の届出とともに当該介護支援専門員証の交付の申請をしようとするときは、別記第10号様式による介護支援専門員登録事項変更届出（兼）介護支援専門員証交付申請書によるものとする。

第8条の見出し中「返納」を「返納手続」に改め、同条中「届け出るとき」を「届け出ようとし、」に、「申請する」を「申請しようとする」に、「別記第9号様式」を「別記第11号様式」に改める。

第9条の見出し中「請求」を「請求手続」に改め、同条中「別記第10号様式」を「別記第12号様式」に改める。

第10条の見出し中「交付の申請」を「交付の申請手続」に改め、同条第1項中「及び省令第113条の26第1項」を「並びに省令第113条の26第1項並びに同条第3項において準用する省令第113条の20第1項及び第2項」に、「別記第11号様式」を「別記第13号様式」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、法第69条の4の規定による介護支援専門員の登録事項の変更の届出とともに当該新たな介護支援専門員証の交付の申請をしようとするときは、別記第14号様式による介護支援専門員登録事項変更届出（兼）有効期間更新介護支援専門員証交付申請書によるものとする。

第11条の見出し中「申請」を「申請手続」に改め、同条中「別記第12号様式による介護支援専門員証書換え交付申請書」を「別記第15号様式による介護支援専門員登録事項変更届出（兼）介護支援専門員証書換え交付申請書」に改める。

第12条の見出し中「申請」を「申請手続」に改め、同条中「別記第13号様式」を「別記第16号様式」に改める。

別記様式を次のように改める。

## 別記

### 第1号様式（第2条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号



#### 介護支援専門員登録申請書

介護保険法第69条の2第1項の規定に基づき介護支援専門員の登録を受けたいので、介護保険法施行規則第113条の7第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                         |                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| フリガナ                    |                                                           |
| 氏名                      |                                                           |
| フリガナ                    |                                                           |
| 住所                      | (郵便番号 ー )                                                 |
| 生年月日                    | 年 月 日                                                     |
| 介護支援専門員実務研修の修了年月日及び修了番号 | 年 月 日 第 号                                                 |
| 欠格事由の該当の有無              | 有（介護保険法第69条の2第1項第 号） ・ 無                                  |
| 添付書類                    | 1 介護支援専門員実務研修修了証明書の写し<br>2 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、住民票の写しの原本 |
| その他参考事項                 |                                                           |

- 注 1 「住所」欄は、住民票に記載されている住所を記入してください。
- 2 「介護支援専門員実務研修の修了年月日及び修了番号」欄は、介護保険法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員実務研修（以下「介護支援専門員実務研修」といいます。）の修了年月日及び修了番号を記入してください。
- 3 「欠格事由の該当の有無」欄は、該当するものを○で囲み、「有」の場合は、該当する欠格事由を規定している号番号（裏面を参照してください。）を記入してください。
- 4 介護支援専門員実務研修を修了した日から3月を経過する日までに申請してください。

（裏面）

介護保険法（抜粋）  
（介護支援専門員の登録）

**第69条の2** 厚生労働省令で定める実務の経験を有する者であつて、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う試験（以下「介護支援専門員実務研修受講試験」という。）に合格し、かつ、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「介護支援専門員実務研修」という。）の課程を修了したものは、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県知事の登録を受けることができる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者については、この限りでない。

- （1） 成年被後見人又は被保佐人
- （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） この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定め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） 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） 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） 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。）であつて、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

2 略

## 第2号様式（第2条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

## 介護支援専門員登録（兼）介護支援専門員証交付申請書

介護保険法第69条の2第1項の規定に基づき介護支援専門員の登録を受けるとともに介護支援専門員証の交付を受けたいので、同法第69条の7第1項並びに介護保険法施行規則第113条の7第1項並びに第113条の20第1項及び第2項の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                         |                                                                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                    |                                                                                                                                                      |
| 氏名                      |                                                                                                                                                      |
| フリガナ                    |                                                                                                                                                      |
| 住所                      | （郵便番号 ー ）                                                                                                                                            |
| 生年月日                    | 年 月 日                                                                                                                                                |
| 介護支援専門員実務研修の修了年月日及び修了番号 | 年 月 日 第 号                                                                                                                                            |
| 欠格事由の該当の有無              | 有（介護保険法第69条の2第1項第 号） ・ 無                                                                                                                             |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所           |                                                                                                                                                      |
| 添付書類                    | 1 介護支援専門員実務研修修了証明書の写し<br>2 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>3 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、住民票の写しの原本 |
| その他参考事項                 |                                                                                                                                                      |

- 注 1 「住所」欄は、住民票に記載されている住所を記入してください。  
2 「介護支援専門員実務研修の修了年月日及び修了番号」欄は、介護保険法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員実務研修（以下「介護支援専門員実務研修」といいます。）の修了年月日及び修了番号を記入してください。  
3 「欠格事由の該当の有無」欄は、該当するものを○で囲み、「有」の場合は、該当する欠格事由を規定している号番号（裏面を参照してください。）を記入してください。  
4 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。  
5 介護支援専門員実務研修を修了した日から3月を経過する日までに申請してください。

（裏面）

介護保険法（抜粋）  
（介護支援専門員の登録）

**第69条の2** 厚生労働省令で定める実務の経験を有する者であつて、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う試験（以下「介護支援専門員実務研修受講試験」という。）に合格し、かつ、都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「介護支援専門員実務研修」という。）の課程を修了したものは、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県知事の登録を受けることができる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者については、この限りでない。

- （1）成年被後見人又は被保佐人
- （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）この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令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）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）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）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。）であつて、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

2 略

**第3号様式**（第3条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録移転申請書

現在次の都道府県知事による介護支援専門員の登録を受けていますが、当該登録を高知県知事による登録に移転したいので、介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第113条の10の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                       |                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                   |
| 氏名                    |                                                                                                                                                                                   |
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                   |
| 住所                    | （郵便番号 ー ）                                                                                                                                                                         |
| 生年月日                  | 年 月 日                                                                                                                                                                             |
| 介護支援専門員の登録をしている都道府県知事 | 都道府県知事                                                                                                                                                                            |
| 登録番号                  |                                                                                                                                                                                   |
| 添付書類                  | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し）<br>2 高知県内に所在する指定居宅介護支援事業者又は介護保険法施行規則第113条の9各号に掲げる事業者若しくは施設の業務に従事し、又は従事しようとすることを証する書類 |
| その他参考事項               |                                                                                                                                                                                   |

注 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。



## 第4号様式（第3条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録移転（兼）介護支援専門員証交付申請書

現在次の都道府県知事による介護支援専門員の登録を受けていますが、当該登録を高知県知事による登録に移転するとともに介護支援専門員証の交付を受けたいので、介護保険法第69条の3及び第69条の7第5項並びに介護保険法施行規則第113条の10及び第113条の20第3項の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 氏名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| フリガナ                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 住所                    | (郵便番号 - )                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 生年月日                  | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 介護支援専門員の登録をしている都道府県知事 | 都道府県知事                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 登録番号                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 添付書類                  | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し）<br>2 高知県内に所在する指定居宅介護支援事業者又は介護保険法施行規則第113条の9各号に掲げる事業者若しくは施設の業務に従事し、又は従事しようとすることを証する書類<br>3 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚 |
| その他参考事項               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |

- 注 1 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。
- 2 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。

## 第5号様式（第4条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録事項変更届出書

介護支援専門員の登録事項に変更がありましたので、介護保険法第69条の4の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|                    |    |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |  |
|--------------------|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|
| 変更があった介護支援専門員の登録事項 | 氏名 | 変更前 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |  |
|                    |    |     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                 |           |  |
|                    |    | 変更後 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |  |
|                    |    |     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                 |           |  |
|                    | 住所 | 変更前 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |  |
|                    |    |     | 住所                                                                                                                                                                                                                                 | (郵便番号 - ) |  |
|                    |    | 変更後 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |  |
|                    |    |     | 住所                                                                                                                                                                                                                                 | (郵便番号 - ) |  |
| 生年月日               |    |     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                              |           |  |
| 登録番号               |    |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |  |
| 添付書類               |    |     | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し）<br>2 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、介護支援専門員の登録事項に変更があったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 氏名の変更のときは、届出前6月以内に作成された戸籍抄本<br>(2) 住所の変更のときは、届出前6月以内に作成された住民票の写しの原本 |           |  |
| その他参考事項            |    |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |  |

- 注 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。

## 第6号様式（第4条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録事項変更届出書（登録移転）

現在高知県知事による介護支援専門員の登録を受けていますが、当該登録を他の都道府県知事による登録に移転することに伴い介護支援専門員の登録事項に変更がありましたので、介護保険法第69条の4の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|                         |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |
|-------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 変更があった介護支援専門員の登録事項      | 氏名  | 変更前                                                                                                                                                                                                                                | フリガナ      |           |
|                         |     |                                                                                                                                                                                                                                    | 氏名        |           |
|                         | 変更後 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |           |
|                         |     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |
|                         | 住所  | 変更前                                                                                                                                                                                                                                | フリガナ      |           |
|                         |     |                                                                                                                                                                                                                                    | 住所        | (郵便番号 - ) |
| 変更後                     |     | フリガナ                                                                                                                                                                                                                               |           |           |
|                         |     | 住所                                                                                                                                                                                                                                 | (郵便番号 - ) |           |
| 生年月日                    |     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                              |           |           |
| 介護支援専門員の登録をしようとする都道府県知事 |     | 都道府県知事                                                                                                                                                                                                                             |           |           |
| 登録番号                    |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |
| 添付書類                    |     | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し）<br>2 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、介護支援専門員の登録事項に変更があったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 氏名の変更のときは、届出前6月以内に作成された戸籍抄本<br>(2) 住所の変更のときは、届出前6月以内に作成された住民票の写しの原本 |           |           |
| その他参考事項                 |     |                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |

注 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。

## 第7号様式（第5条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
続柄  
電話番号

印

## 介護支援専門員死亡等届出書

次の理由により介護支援専門員の登録を受けている者が介護保険法第69条の5各号に掲げる場合に該当することとなりましたので、同条及び介護保険法施行規則第113条の13の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 氏名      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 生年月日    | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 登録番号    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 届出の理由   | 1 介護支援専門員の登録を受けている者が死亡したため<br>2 介護支援専門員の登録を受けている者が成年被後見人又は被保佐人となったため<br>3 介護支援専門員の登録を受けている者が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っているため<br>4 介護支援専門員の登録を受けている者が介護保険法等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っているため                                                                                              |
| 添付書類    | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の原本若しくは写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の原本若しくは写し）<br>2 介護支援専門員の登録を受けている者が介護保険法第69条の5各号に掲げる場合に該当することとなったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 「届出の理由」欄の1に該当する場合は、介護支援専門員の登録を受けている者に係る戸籍抄本<br>(2) 「届出の理由」欄の2に該当する場合は、成年後見登記に係る登記事項証明書等<br>(3) 「届出の理由」欄の3又は4に該当する場合は、判決の確定証明等 |
| その他参考事項 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

注 1 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。  
2 「届出の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。  
3 介護保険法第69条の5各号に掲げる場合に該当することとなった日（介護支援専門員の登録を受けている者が死亡した場合は、その事実を知った日）から30日以内に届け出てください。

## 第8号様式（第6条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録消除申請書

介護支援専門員の登録を消除したいので、介護保険法第69条の6第1号の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                      |                                                                                                     |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                 |                                                                                                     |
| 氏名                   |                                                                                                     |
| フリガナ                 |                                                                                                     |
| 住所                   | (郵便番号 ー )                                                                                           |
| 生年月日                 | 年 月 日                                                                                               |
| 登録番号                 |                                                                                                     |
| 介護支援専門員の登録の消除を申請する理由 |                                                                                                     |
| 添付書類                 | 現在交付を受けている介護支援専門員証（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書の原本若しくは写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の原本若しくは写し） |
| その他参考事項              |                                                                                                     |

注 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。

## 第9号様式（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員証交付申請書

介護支援専門員証の交付を受けたいので、介護保険法第69条の7第1項並びに介護保険法施行規則第113条の20第1項及び第2項の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 氏名                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| フリガナ                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 住所                              | (郵便番号 ー )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 生年月日                            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 登録年月日                           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 登録番号                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 介護支援専門員の登録を受けた日から5年を経過しているか否かの別 | 1 経過している<br>2 経過していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 添付書類                            | 1 介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し<br>2 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>3 介護保険法第69条の7第2項の厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「再研修」といいます。）を受けることが必要な場合は、当該再研修（申請前6月以内に修了した再研修に限り、以下同じ。）を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）又は当該再研修を修了した旨の証明書<br>4 介護支援専門員の登録事項の変更を届け出ている場合は、介護支援専門員登録事項変更届出書の受理通知書の写し |
| その他参考事項                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

注 1 「登録年月日」欄及び「登録番号」欄は、介護支援専門員登録証明書又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録年月日及び登録番号をそれぞれ記入してください。  
2 「介護支援専門員の登録を受けた日から5年を経過しているか否かの別」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。  
3 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。

## 第10号様式（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出兼申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

## 介護支援専門員登録事項変更届出（兼）介護支援専門員証交付申請書

介護支援専門員の登録事項の変更について介護保険法第69条の4の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出るとともに、介護支援専門員証の交付について同法第69条の7第1項並びに介護保険法施行規則第113条の20第1項及び第2項の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 変更前                             | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|                                 | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (郵便番号 - ) |
| 変更後                             | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|                                 | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (郵便番号 - ) |
| 生年月日                            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 登録年月日                           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 登録番号                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 介護支援専門員の登録を受けた日から5年を経過しているか否かの別 | 1 経過している<br>2 経過していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 添付書類                            | 1 介護支援専門員登録証明書の写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し<br>2 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>3 介護保険法第69条の7第2項の厚生労働省令で定めるところにより行う研修（以下「再研修」といいます。）を受けることが必要な場合は、当該再研修（申請前6月以内に修了した再研修に限ります。以下同じ。）を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）又は当該再研修を修了した旨の証明書<br>4 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、介護支援専門員の登録事項に変更があったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 氏名の変更のときは、届出前6月以内に作成された戸籍抄本<br>(2) 住所の変更のときは、届出前6月以内に作成された住民票の写しの原本 |           |
| その他参考事項                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |

- 注 1 「登録年月日」欄及び「登録番号」欄は、介護支援専門員登録証明書又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録年月日及び登録番号をそれぞれ記入してください。
- 2 「介護支援専門員の登録を受けた日から5年を経過しているか否かの別」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 3 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。

## 第11号様式（第8条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
続柄  
電話番号

印

## 介護支援専門員証返納届出書

次の理由により介護支援専門員の登録を受けた者が介護保険法第69条の7第6項又は介護保険法施行規則第113条の25第4項の規定に該当することとなりましたので、同法第69条の7第6項又は同令第113条の25第4項の規定により介護支援専門員証を返納します。

|                 |                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ            |                                                                                            |
| 氏名              |                                                                                            |
| 生年月日            | 年 月 日                                                                                      |
| 登録番号            |                                                                                            |
| 介護支援専門員証を返納する理由 | 1 介護支援専門員の登録が消除されたため<br>2 介護支援専門員証が効力を失ったため<br>3 介護支援専門員証の再交付を受けた後において、亡失した介護支援専門員証を発見したため |
| その他参考事項         |                                                                                            |

- 注 1 「登録番号」欄は、返納しようとする介護支援専門員証に記載されている登録番号を記入してください。
- 2 「介護支援専門員証を返納する理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。

## 第12号様式（第9条関係）

年 月 日

高知県知事 様

請求者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

## 介護支援専門員証返還請求書

介護保険法第69条の38第3項の規定に基づく介護支援専門員の業務の禁止の期間が満了しましたので、同法第69条の7第8項の規定により次のとおり介護支援専門員証の返還を請求します。

|         |           |
|---------|-----------|
| フリガナ    |           |
| 氏名      |           |
| フリガナ    |           |
| 住所      | (郵便番号 - ) |
| 生年月日    | 年 月 日     |
| 登録番号    |           |
| その他参考事項 |           |

注 「登録番号」欄は、現在高知県知事に提出している介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。

## 第13号様式（第10条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

## 有効期間更新介護支援専門員証交付申請書

介護支援専門員証の有効期間の更新の申請に伴う新たな介護支援専門員証の交付を受けたいので、介護保険法第69条の8第1項並びに介護保険法施行規則第113条の26第1項並びに同条第3項において準用する同令第113条の20第1項及び第2項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 氏名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| フリガナ                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 住所                         | (郵便番号 - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 生年月日                       | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 登録番号                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 更新研修等の修了年月日                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 現在交付を受けている介護支援専門員証の有効期間満了日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 添付書類                       | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し<br>2 介護保険法第69条の8第2項に規定する更新研修を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）若しくは当該更新研修を修了した旨の証明書又は同項ただし書の都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）若しくは当該都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程を修了した旨の証明書<br>3 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>4 介護支援専門員の登録事項の変更を届け出ている場合は、介護支援専門員登録事項変更届出書の受理通知書の写し |
| その他参考事項                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

注 1 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証に記載されている登録番号を記入してください。  
2 「更新研修等の修了年月日」欄は、介護保険法第69条の8第2項に規定する更新研修の修了年月日又は同項ただし書の都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程の修了年月日を記入してください。  
3 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。  
4 新たな介護支援専門員証の交付は、現在交付を受けている介護支援専門員証と引換えに行います。

## 第14号様式（第10条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出兼申請者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

## 介護支援専門員登録事項変更届出（兼）有効期間更新介護支援専門員証交付申請書

介護支援専門員の登録事項の変更について介護保険法第69条の4の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出るとともに、介護支援専門員証の有効期間の更新の申請に伴う新たな介護支援専門員証の交付について同法第69条の8第1項並びに介護保険法施行規則第113条の26第1項並びに同条第3項において準用する同令第113条の20第1項及び第2項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 変更前                        | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|                            | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|                            | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (郵便番号 ー ) |
| 変更後                        | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|                            | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|                            | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (郵便番号 ー ) |
| 生年月日                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日     |
| 登録番号                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| 更新研修等の修了年月日                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日     |
| 現在交付を受けている介護支援専門員証の有効期間満了日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日     |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| 添付書類                       | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し<br>2 介護保険法第69条の8第2項に規定する更新研修を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）若しくは当該更新研修を修了した旨の証明書又は同項ただし書の都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程を修了した旨の証明（この申請書に直接証明を受けてください。）若しくは当該都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程を修了した旨の証明書<br>3 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>4 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、介護支援専門員の登録事項に変更があったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 氏名の変更のときは、届出前6月以内に作成された戸籍抄本<br>(2) 住所の変更のときは、届出前6月以内に作成された住民票の写しの原本 |           |
| その他参考事項                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |

- 注 1 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証に記載されている登録番号を記入してください。
- 2 「更新研修等の修了年月日」欄は、介護保険法第69条の8第2項に規定する更新研修の修了年月日又は同項ただし書の都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより指定する研修の課程の修了年月日を記入してください。
- 3 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。
- 4 新たな介護支援専門員証の交付は、現在交付を受けている介護支援専門員証と引換えに行います。

## 第15号様式（第11条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出兼申請者 住所  
氏名  
電話番号

㊞

## 介護支援専門員登録事項変更届出（兼）介護支援専門員証書換え交付申請書

介護支援専門員の登録事項の変更について介護保険法第69条の4の規定により次のとおり関係書類を添えて届け出るとともに、介護支援専門員証の書換え交付について介護保険法施行規則第113条の23第1項及び第2項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

|               |                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 変更前           | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|               | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
|               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                       | (郵便番号 ー ) |
| 変更後           | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|               | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
|               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                       | (郵便番号 ー ) |
| 生年月日          |                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日     |
| 登録番号          |                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所 |                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 添付書類          | 1 現在交付を受けている介護支援専門員証の写し<br>2 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚<br>3 高知県の区域内に住所を有しない者の場合は、介護支援専門員の登録事項に変更があったことを証する次に掲げる書類<br>(1) 氏名の変更のときは、届出前6月以内に作成された戸籍抄本<br>(2) 住所の変更のときは、届出前6月以内に作成された住民票の写しの原本 |           |
| その他参考事項       |                                                                                                                                                                                                                                                          |           |

- 注 1 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証に記載されている登録番号を記入してください。
- 2 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。
- 3 新たな介護支援専門員証の交付は、現在交付を受けている介護支援専門員証と引換えに行います。

## 第16号様式（第12条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

## 介護支援専門員証再交付申請書

次の理由により介護支援専門員証の再交付を受けたいので、介護保険法施行規則第113条の25第1項及び第2項の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                     |                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                |                                                                                                                                                                                          |
| 氏名                  |                                                                                                                                                                                          |
| フリガナ                |                                                                                                                                                                                          |
| 住所                  | (郵便番号 ー )                                                                                                                                                                                |
| 生年月日                | 年 月 日                                                                                                                                                                                    |
| 登録番号                |                                                                                                                                                                                          |
| 介護支援専門員証の再交付を申請する理由 | 1 介護支援専門員証を亡失し、又は滅失したため<br>2 介護支援専門員証を汚損し、又は破損したため                                                                                                                                       |
| 高知県収入証紙貼り付け箇所       |                                                                                                                                                                                          |
| 添付書類                | 1 汚損し、又は破損した介護支援専門員証の写し（介護支援専門員証を亡失し、又は滅失した場合は、介護支援専門員登録証明書（写し又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書の写し）<br>2 写真（申請前6月以内に撮影した縦3センチメートル、横2.4センチメートルの大きさの無帽、正面、上半身、無背景のものとし、裏面に氏名及び撮影年月日を記載してください。）2枚 |
| その他参考事項             |                                                                                                                                                                                          |

- 注 1 「登録番号」欄は、亡失し、滅失し、汚損し、若しくは破損した介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書若しくは介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書に記載されている登録番号を記入してください。
- 2 「介護支援専門員証の再交付を申請する理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 3 介護支援専門員証の郵送を希望する場合は、380円分の切手を貼り、返信先の住所及び氏名を明記した返信用封筒（長形3号（縦23.5センチメートル、横12センチメートル）のもの）を添えてください。
- 4 介護支援専門員証を汚損し、又は破損したことを理由とする介護支援専門員証の再交付は、汚損し、又は破損した介護支援専門員証と引換えに行います。
- 5 亡失した介護支援専門員証を発見したときは、速やかに介護支援専門員証返納届出書（別記第11号様式）を提出するとともに、発見した介護支援専門員証を返納してください。

## 附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

## 高知県規則第28号

## 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則

高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則（平成5年高知県規則第39号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「知事が定める」を「規則で定める」に改め、同項第1号中「児童福祉法（昭和22年法律第164号）」を「児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第1項に規定する障害児通所支援事業のうち同条第4項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所、同法」に、「知的障害児施設、」を「障害児入所施設及び」に、「知的障害児通園施設、同法第43条の2に規定する盲ろうあ児施設、同法第43条の3に規定する肢体不自由児施設及び同法第43条の4に規定する重症心身障害児施設」を「児童発達支援センター」に改め、同項第11号中「第8条第15項」を「第8条第16項」に改め、同項第12号中「同条第19項」を「同条第20項」に、「介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第15条第3号に規定する適合高齢者専用賃貸住宅」を「高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅事業に係る賃貸住宅」に改め、同項第13号中「第8条第16項」を「第8条第17項」に改め、同項第14号中「第8条第17項」を「第8条第18項」に改め、同項第15号中「第8条第18項」を「第8条第19項」に改め、同項第16号中「第8条第25項」を「第8条第27項」に改め、同項第17号及び第18号を削り、同項第19号中「（第17号に掲げる病棟及び診療所を除く。）」を削り、同号を同項第17号とし、同項第20号中「第5条第13項」を「第5条第12項」に、「同条第22項」を「同条第26項」に、「同条第23項」を「同条第27項」に改め、「児童デイサービス、同条第9項に規定する」を削り、「同条第11項」を「同条第10項」に、「同条第14項」を「同条第13項」に、「同条第15項」を「同条第14項」に、「同条第16項」を「同条第15項」に、「同条第17項」を「同条第16項」に改め、同号を同項第18号とし、同項第21号を同項第19号とし、同条第2項中「知事が定める」を「規則で定める」に改め、同項第1号中「児童福祉法」を「児童福祉法第6条の2第1項に規定する障害児通所支援事業のうち同条第4項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所、同法」に、「知的障害児施設」を「障害児入所施設」に、「知的障害児通園施設、同法第43条の2に規定する盲ろう

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>うあ児施設、同法第43条の3に規定する肢体不自由児施設、同法第43条の4に規定する重症心身障害児施設、同法第43条の5」を「児童発達支援センター、同法第43条の2」に改め、同項第3号中「第9条第6項」を「第9条第7項」に改め、同項第7号中「第9条第5項」を「第9条第6項」に改め、同項第10号中「第8条第22項」を「第8条第24項」に、「第115条の45第1項」を「第115条の46第1項」に改め、同項第13号中「第5条第13項」を「第5条第12項」に、「同条第22項」を「同条第26項」に、「同条第23項」を「同条第27項」に、「及び同条第1項」を「同条第1項」に、「同条第14項」を「同条第13項」に、「同条第15項」を「同条第14項」に、「若しくは同条第16項」を「又は同条第15項」に、「又は同条第18項に規定する相談支援事業を行う施設」を「を行う施設及び同条第17項に規定する一般相談支援事業又は特定相談支援事業を行う事業所」に改める。</p> <p>第3条の見出し中「申請手続」を「申請」に改め、同条第1項中「次項」を「以下この条」に、「学校長を」を「在学する養成施設等（条例第2条第1号に規定する養成施設等をいう。第6条第1項第2号において同じ。）の長（以下「学校長」という。）を」に改め、同項第4号中「在学する養成施設等の長（以下「学校長」という。）」を「学校長」に改め、同条中第4項を第5項とし、第3項を第4項とし、第2項を第3項とし、第1項の次に次の1項を加える。</p> <p>2 条例第4条第1項ただし書の規定に基づき同項第1号の入学準備金又は同項第2号の就職準備金（次条において「入学準備金等」という。）の加算を受けようとする者は、申請書にその旨を記載して知事に申し出なければならない。</p> <p>第4条中「を貸与する者」を「の貸与（入学準備金等の加算を含む。）」に、「申請者」を「当該申請者」に改める。</p> <p>第5条第3項中「第3条第4項」を「第3条第5項」に改める。</p> <p>第6条第1項第5号中「休学又は」を「休学し、若しくは」に改め、同項第7号中「掲げるもののほか」を「掲げる場合のほか」に、「及び」を「又は」に改め、同条第2項中「に規定する」を「に掲げる」に、「氏名（住所）変更届」を「氏名等変更届」に、「退学（休学・長期欠席・停学）届」を「退学等届」に改める。</p> <p>第8条第1項中「第7条」を「第7条第1項」に、「介護福祉士等修学資金取消通知書」を「介護福祉士等修学資金取消し通知書」に、「被貸与者」を「当該被貸与者」に改め、同条第2項中「交付」を「貸与」に改める。</p> <p>第9条の見出し中「修学資金」を「貸与」に改め、同条第2項中「被貸与者」を「当該被貸与者」に、「再開の」を「当該再開の」に改める。</p> <p>第10条の見出し中「修学資金」を「貸与」に改め、同条中「被貸与者が」を「被貸与者は、」に改め、同条に次の2項を加え</p> | <p>る。</p> <p>2 知事は、前項の規定による届出があった場合において、条例第7条第2項の規定により修学資金の貸与の取消しを決定したときは、別記第11号様式による介護福祉士等修学資金取消し通知書により学校長を経て当該被貸与者に通知するものとする。</p> <p>3 前項の通知を受けた被貸与者は、既に交付を受けた修学資金のうち、貸与を辞退した日の属する月以後の月分の修学資金の全額を直ちに返還しなければならない。</p> <p>第12条の見出し中「一部免除」を「一部免除等」に改め、同条第1項中「福祉の業務」を「福祉の業務（条例第3条第1項第1号に規定する福祉の業務をいう。以下この条において同じ。）」に改め、同条第2項中「2分の7」を「2分の5」に改め、同条第3項中「前項」を「条例第10条第1項第1号又は前項」に改める。</p> <p>第13条第2項中「被貸与者」を「当該被貸与者」に改める。</p> <p>第14条第2項中「届出の」を「当該届出の」に改める。</p> <p>第16条の見出しを「（委任）」に改め、同条を第17条とし、第15条の次に次の1項を加える。</p> <p>（延滞利子）</p> <p><b>第16条</b> 条例第11条第1項の規定により延滞利子を徴収する場合において、同項の規定により計算した延滞利子の額に100円未満の端数があるとき又は延滞利子の額が500円未満であるときは、当該端数又は当該額を切り捨てるものとする。</p> <p>2 条例第11条第3項の規定に基づき延滞利子を減額し、又は免除するときは、次の各号のいずれかに該当する場合とする。</p> <p>（1） 災害等の理由により返還すべき日までに修学資金を返還することができなかったとき。</p> <p>（2） 前号に掲げる場合のほか、返還すべき日までに修学資金を返還することができなかったことについてやむを得ない理由があると認められるとき。</p> <p>（3） 条例第10条の規定に基づき修学資金の全部又は一部の返還を免除するとき。</p> <p>（4） 前3号に掲げる場合のほか、知事が特に必要があると認めるとき。</p> <p>3 条例第11条第3項の規定に基づく延滞利子の減額又は免除は、知事が特に認めるときを除き、延滞利子の減額又は免除を受けようとする者からの申請により行うものとする。</p> <p>別記様式を次のように改める。</p> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|



## 別記

## 第1号様式（第3条関係）

|                                                                                                                               |                  |        |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-----|
| 高知県知事 様                                                                                                                       |                  | 年 月 日  |     |
| 申請者                                                                                                                           | 住所               |        |     |
|                                                                                                                               | 氏名               | 印      |     |
|                                                                                                                               | 電話番号             |        |     |
|                                                                                                                               | 性別               | 男 ・ 女  |     |
|                                                                                                                               | 生年月日             | 年 月 日  |     |
| 親権者又は未成年後見人                                                                                                                   | 住所               |        |     |
|                                                                                                                               | 氏名               | 印      |     |
|                                                                                                                               | 電話番号             |        |     |
|                                                                                                                               | 性別               | 男 ・ 女  |     |
|                                                                                                                               | 生年月日             | 年 月 日  |     |
| 介護福祉士等修学資金貸与申請書                                                                                                               |                  |        |     |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例（以下「条例」といいます。）第3条第1項の規定に基づき修学資金の貸与を受けたいので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則（以下「規則」といいます。）第3条第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。 |                  |        |     |
| なお、修学資金の貸与の決定後は、条例及び規則の規定を遵守し、将来、県内において条例第3条第1項第1号に規定する福祉の業務に従事することを誓います。                                                     |                  |        |     |
| 貸与申請期間                                                                                                                        | 年 月から 年 月まで（ 月間） |        |     |
| 貸与申請金額                                                                                                                        | 1 月額             | 円      | 計 円 |
|                                                                                                                               | 2 入学準備金（初回加算額）   |        | 円   |
|                                                                                                                               | 3 就職準備金（最終回加算額）  |        | 円   |
|                                                                                                                               | 合計               |        | 円   |
| 本籍                                                                                                                            |                  |        | 現住所 |
| 在学する養成施設等                                                                                                                     | 名称               |        |     |
|                                                                                                                               | 所在地              |        |     |
| 入学年月日                                                                                                                         | 年 月 日            | 卒業予定年月 | 年 月 |
| 卒業後の就職希望先                                                                                                                     |                  |        |     |
| 上記の者は、修学資金の貸与の申請をしていますが、修学資金の貸与を受けました上は、条例及び規則の規定を誠実に守らせることはもとより、万一本人において義務不履行その他不都合な行為があるときは、連帯保証人がその責任を負います。                |                  |        |     |
| 年 月 日                                                                                                                         | 連帯保証人            | 本籍     |     |
|                                                                                                                               |                  | 住所     |     |
|                                                                                                                               |                  | 氏名     | 印   |
|                                                                                                                               |                  | 電話番号   |     |
|                                                                                                                               | 連帯保証人            | 本籍     |     |
|                                                                                                                               |                  | 住所     |     |
|                                                                                                                               |                  | 氏名     | 印   |
|                                                                                                                               |                  | 電話番号   |     |

- 注 1 申請者が未成年者であるときは、親権者又は未成年後見人が連署してください。
- 2 「貸与申請金額」欄は、貸与を希望するものの番号を○で囲んでください。
- 3 この申請書に押印した申請者又は親権者若しくは未成年後見人及び連帯保証人の印鑑について、市町村長の証明書を添えてください。

## 第2号様式（第3条関係）

| 身上調書        |    |    |         |         |         |
|-------------|----|----|---------|---------|---------|
| 家族の状況       | 続柄 | 氏名 | 年齢      | 職業（勤務先） | 年収（税込み） |
|             |    |    |         |         | 円       |
|             |    |    |         |         |         |
|             |    |    |         |         |         |
|             |    |    |         |         |         |
|             |    |    |         |         |         |
| 親権者又は未成年後見人 |    |    |         |         |         |
| 申請者との関係     |    | 本籍 |         |         |         |
| 職業（勤務先）     |    |    |         | 年収（税込み） | 円       |
| 連帯保証人       |    |    |         |         |         |
| 申請者との関係     | 氏名 | 年齢 | 職業（勤務先） | 年収（税込み） |         |
|             |    |    |         | 円       |         |
|             |    |    |         |         |         |

- 注 1 「家族の状況」の「年収（税込み）」欄は、申請者と同一生計を営む者についてのみ記入してください。
- 2 「親権者又は未成年後見人」欄は、申請者が未成年者であるときにのみ記入してください。

第3号様式（第4条関係）

|                                                                                                              |                   |       |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|-----|
|                                                                                                              |                   | 第 号   |     |
|                                                                                                              |                   | 年 月 日 |     |
| 様                                                                                                            |                   |       |     |
| 高知県知事                                                                                                        |                   |       |     |
| 介護福祉士等修学資金貸与決定通知書                                                                                            |                   |       |     |
| 年 月 日付けで申請がありました修学資金の貸与については、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第3条第2項の規定により次のとおり決定しましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第4条の規定により通知します。 |                   |       |     |
| 決定番号                                                                                                         | 第 号               |       |     |
| 養成施設等の名称                                                                                                     | (第 学年)            |       |     |
| 貸与期間                                                                                                         | 年 月から 年 月まで ( 月間) |       |     |
| 貸与金額                                                                                                         | 1 月額              | 円     | 計 円 |
|                                                                                                              | 2 入学準備金（初回加算額）    |       | 円   |
|                                                                                                              | 3 就職準備金（最終回加算額）   |       | 円   |
|                                                                                                              | 合計                | 円     |     |
| 備考                                                                                                           |                   |       |     |

第4号様式（第5条関係）

|                                                |          |         |  |       |  |
|------------------------------------------------|----------|---------|--|-------|--|
|                                                |          |         |  | 年 月 日 |  |
| 高知県知事 様                                        |          |         |  |       |  |
| 被貸与者 決定番号                                      |          |         |  |       |  |
| 住所                                             |          |         |  |       |  |
| 氏名                                             |          |         |  |       |  |
| 電話番号                                           |          |         |  |       |  |
| 請求書                                            |          |         |  |       |  |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第5条第2項の規定により、下記のとおり請求します。 |          |         |  |       |  |
| 記                                              |          |         |  |       |  |
| 金額 円                                           |          |         |  |       |  |
| ただし、次の修学資金として                                  |          |         |  |       |  |
| 1 年 月から 年 月までの 月分                              |          |         |  |       |  |
| 2 入学準備金                                        |          |         |  |       |  |
| 3 就職準備金                                        |          |         |  |       |  |
| 振込先                                            | 金融機関名    |         |  | 店舗名   |  |
|                                                | 預金種別     | 普通 ・ 当座 |  | 口座番号  |  |
|                                                | フリガナ口座名義 |         |  |       |  |

注 今回請求するものの番号を○で囲んでください。

## 第5号様式（第6条関係）

|                                                          |    |       |      |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|----|-------|------|---|---|---|
|                                                          |    |       |      | 年 | 月 | 日 |
| 高知県知事 様                                                  |    |       |      |   |   |   |
| 被貸与者 決定番号                                                |    |       |      |   |   |   |
| 住所                                                       |    |       |      |   |   |   |
| 氏名                                                       |    |       |      |   |   |   |
| 電話番号                                                     |    |       |      |   |   |   |
| 氏名等変更届                                                   |    |       |      |   |   |   |
| 次のとおり変更しましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第6条第1項第1号の規定により届け出ます。 |    |       |      |   |   |   |
| 1 被貸与者                                                   |    |       |      |   |   |   |
| 新                                                        | 住所 |       |      |   |   |   |
|                                                          | 氏名 |       | 電話番号 |   |   |   |
| 旧                                                        | 住所 |       |      |   |   |   |
|                                                          | 氏名 |       |      |   |   |   |
| 変更年月日                                                    |    | 年 月 日 |      |   |   |   |
| 変更理由                                                     |    |       |      |   |   |   |
| 2 連帯保証人                                                  |    |       |      |   |   |   |
| 新                                                        | 住所 |       |      |   |   |   |
|                                                          | 氏名 |       | 電話番号 |   |   |   |
| 旧                                                        | 住所 |       |      |   |   |   |
|                                                          | 氏名 |       |      |   |   |   |
| 変更年月日                                                    |    | 年 月 日 |      |   |   |   |
| 変更理由                                                     |    |       |      |   |   |   |

## 第6号様式（第6条関係）

|                                                                            |   |       |  |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|---|---|---|
|                                                                            |   |       |  | 年 | 月 | 日 |
| 高知県知事 様                                                                    |   |       |  |   |   |   |
| 被貸与者 決定番号                                                                  |   |       |  |   |   |   |
| 住所                                                                         |   |       |  |   |   |   |
| 氏名                                                                         |   |       |  |   |   |   |
| 電話番号                                                                       |   |       |  |   |   |   |
| 養成施設等変更届                                                                   |   |       |  |   |   |   |
| 次のとおり在学する養成施設等を変更しましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第6条第1項第2号の規定により関係書類を添えて届け出ます。 |   |       |  |   |   |   |
| 養成施設等                                                                      | 新 | 名称    |  |   |   |   |
|                                                                            |   | 所在地   |  |   |   |   |
|                                                                            | 旧 | 名称    |  |   |   |   |
|                                                                            |   | 所在地   |  |   |   |   |
| 変更年月日                                                                      |   | 年 月 日 |  |   |   |   |
| 変更理由                                                                       |   |       |  |   |   |   |

注 変更後の養成施設等の在学証明書を添えてください。

## 第7号様式（第6条関係）

|                                                              |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年 月 日                                                        |                                                                                                                               |
| 高知県知事 様                                                      |                                                                                                                               |
| 被貸与者                                                         | 決定番号                                                                                                                          |
|                                                              | 住所                                                                                                                            |
|                                                              | 氏名                                                                                                                            |
|                                                              | 電話番号                                                                                                                          |
| 退学等届                                                         |                                                                                                                               |
| 退学等について、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第6条第1項第3号又は第5号の規定により次のとおり届け出ます。 |                                                                                                                               |
| 届出事項                                                         | 1 在学している養成施設等を退学する<br>2 在学している養成施設等から退学の処分を受けた<br>3 在学している養成施設等を休学する<br>4 在学している養成施設等を長期にわたって欠席する<br>5 在学している養成施設等から停学の処分を受けた |
| 退学年月日                                                        | 年 月 日                                                                                                                         |
| 休学、長期欠席又は停学の期間                                               | 年 月 日から 年 月 日まで                                                                                                               |
| 退学、休学、長期欠席又は停学の理由                                            |                                                                                                                               |
| 修学資金の貸与期間                                                    | 年 月から 年 月まで（ 月間）                                                                                                              |
| 修学資金の貸与総額                                                    | 円                                                                                                                             |

- 注 1 「届出事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 2 負傷又は疾病のために在学している養成施設等を休学し、又は長期にわたって欠席する場合は、その状況を証明する医師の診断書等を添えてください。

## 第8号様式（第7条関係）

|                                                                  |         |          |  |
|------------------------------------------------------------------|---------|----------|--|
| 年 月 日                                                            |         |          |  |
| 高知県知事 様                                                          |         |          |  |
| 被貸与者                                                             | 決定番号    |          |  |
|                                                                  | 住所      |          |  |
|                                                                  | 氏名      |          |  |
|                                                                  | 電話番号    |          |  |
| 連帯保証人異動報告書                                                       |         |          |  |
| 次のとおり連帯保証人を変更しましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第7条の規定により関係書類を添えて届け出ます。 |         |          |  |
| 旧連帯保証人                                                           | 住所      |          |  |
|                                                                  | 氏名      |          |  |
| 異動理由                                                             |         |          |  |
| 新連帯保証人                                                           |         |          |  |
| 住所                                                               | 電話番号    |          |  |
| 氏名                                                               | 年齢      | 被貸与者との関係 |  |
| 職業（勤務先）                                                          | 年収（税込み） | 円        |  |

注 新連帯保証人の保証書（別記第9号様式）を添えてください。

第9号様式（第7条関係）

|                                                                                                                     |  |      |     |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-----|---|
|                                                                                                                     |  | 年    | 月   | 日 |
| 高知県知事 様                                                                                                             |  |      |     |   |
| 新連帯保証人                                                                                                              |  | 本籍   |     |   |
|                                                                                                                     |  | 住所   |     |   |
|                                                                                                                     |  | 氏名   | 印   |   |
|                                                                                                                     |  | 電話番号 |     |   |
| 保証書                                                                                                                 |  |      |     |   |
| 被貸与者（住所                                                                                                             |  | 氏名   | ）は、 |   |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第3条第1項の規定に基づき修学資金の貸与を受けていますが、今回、旧連帯保証人（住所 氏名                                                       |  |      |     |   |
| ）に替わり私が連帯保証人となりました。                                                                                                 |  |      |     |   |
| つきましては、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例及び高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の規定を誠実に守らせることはもとより、万一被貸与者本人において義務不履行その他不都合な行為があるときは、連帯保証人がその責任を負います。 |  |      |     |   |

注 この保証書に押印した新連帯保証人の印鑑について、市町村長の証明書を添えてください。

第10号様式（第8条関係）

|                                                                                              |                           |       |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|-----|
|                                                                                              |                           | 第     | 号   |
|                                                                                              |                           | 年     | 月 日 |
| 様                                                                                            |                           |       |     |
|                                                                                              |                           | 高知県知事 | 印   |
| 介護福祉士等修学資金貸与一時停止通知書                                                                          |                           |       |     |
| 次の理由により、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第5条の規定に基づき修学資金の貸与を一時停止しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第8条第1項の規定により通知します。 |                           |       |     |
| 一時停止年月日                                                                                      | 年 月 日                     |       |     |
| 一時停止の理由                                                                                      |                           |       |     |
| 既に貸与した修学資金のうち貸与の一時停止により直ちに返還すべき額                                                             | 円<br>ただし、 年 月から 年 月までの 月分 |       |     |

## 第11号様式（第8条、第10条関係）

|                                                                                                      |                           |   |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|-----|
|                                                                                                      |                           | 第 | 号   |
|                                                                                                      |                           | 年 | 月 日 |
| 様                                                                                                    |                           |   |     |
| 高知県知事                                                                                                |                           | 印 |     |
| 介護福祉士等修学資金取消し通知書                                                                                     |                           |   |     |
| 次の理由により、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第7条の規定に基づき修学資金の貸与を取り消しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第8条第1項又は第10条第2項の規定により通知します。 |                           |   |     |
| 取消し年月日                                                                                               | 年 月 日                     |   |     |
| 取消しの理由                                                                                               |                           |   |     |
| 既に貸与した修学資金のうち貸与の取消しにより直ちに返還すべき額                                                                      | 円<br>ただし、 年 月から 年 月までの 月分 |   |     |

## 第12号様式（第9条関係）

|                                                                                           |       |      |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|
|                                                                                           |       |      | 年 月 日 |
| 高知県知事 様                                                                                   |       |      |       |
| 被貸与者                                                                                      |       | 決定番号 |       |
|                                                                                           |       | 住所   |       |
|                                                                                           |       | 氏名   | 印     |
|                                                                                           |       | 電話番号 |       |
| 介護福祉士等修学資金貸与再開申請書                                                                         |       |      |       |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第6条の規定による修学資金の貸与の再開を希望しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第9条第1項の規定により次のとおり申請します。 |       |      |       |
| 在学している養成施設等                                                                               | 名称    |      |       |
|                                                                                           | 所在地   |      |       |
| 一時停止年月日                                                                                   | 年 月 日 |      |       |
| 再開の申請理由                                                                                   |       |      |       |

注 負傷又は疾病のために在学している養成施設等を休学し、又は長期にわたって欠席していた場合は、現在の状況を証明する医師の診断書等を添えてください。

第13号様式（第9条関係）

|                                                                                               |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 第 号<br>年 月 日                                                                                  |                  |
| 様                                                                                             |                  |
| 高知県知事                                                                                         |                  |
| 介護福祉士等修学資金貸与再開通知書                                                                             |                  |
| <p>高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第6条の規定により次のとおり修学資金の貸与を再開しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第9条第2項の規定により通知します。</p> |                  |
| 再開後の貸与期間                                                                                      | 年 月から 年 月まで（ 月間） |
| 再開の理由                                                                                         |                  |

第14号様式（第10条関係）

|                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| 年 月 日                                                                |                  |
| 高知県知事 様                                                              |                  |
| 被貸与者                                                                 | 決定番号             |
|                                                                      | 住所               |
|                                                                      | 氏名               |
|                                                                      | 電話番号             |
| 介護福祉士等修学資金辞退届                                                        |                  |
| <p>次のとおり修学資金の貸与を辞退しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第10条第1項の規定により届け出ます。</p> |                  |
| 辞退年月日                                                                | 年 月 日            |
| 辞退の理由                                                                |                  |
| 貸与を受けた期間                                                             | 年 月から 年 月まで（ 月間） |
| 貸与を受けた総額                                                             | 円                |

## 第15号様式（第11条関係）

|                                                                                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 年 月 日                                                                                |                  |
| 高知県知事 様                                                                              |                  |
| 被貸与者 決定番号                                                                            |                  |
| 住所                                                                                   |                  |
| 氏名 ㊞                                                                                 |                  |
| 電話番号                                                                                 |                  |
| 介護福祉士等修学資金返還届                                                                        |                  |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第8条の規定により貸与を受けました修学資金を返還しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第11条の規定により届け出ます。 |                  |
| 貸与を受けた期間                                                                             | 年 月から 年 月まで（ 月間） |
| 貸与を一時停止された期間                                                                         | 年 月から 年 月まで（ 月間） |
| 貸与を受けた総額                                                                             | 円                |
| 返還する期間                                                                               | 年 月から 年 月まで      |
| 返還する総額                                                                               | 円                |
| 返還の方法                                                                                | 月賦 ・ 半年賦 ・ 一括    |
| 返還する理由                                                                               |                  |

## 第16号様式（第13条関係）

|                                                                                              |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年 月 日                                                                                        |                                                                                                                |
| 高知県知事 様                                                                                      |                                                                                                                |
| 被貸与者 決定番号                                                                                    |                                                                                                                |
| 住所                                                                                           |                                                                                                                |
| 氏名 ㊞                                                                                         |                                                                                                                |
| 電話番号                                                                                         |                                                                                                                |
| 介護福祉士等修学資金返還猶予申請書                                                                            |                                                                                                                |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第9条の規定による修学資金の返還の猶予を受けたいので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第13条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。 |                                                                                                                |
| 貸与を受けた期間                                                                                     | 年 月から 年 月まで（ 月間）                                                                                               |
| 貸与を一時停止された期間                                                                                 | 年 月から 年 月まで（ 月間）                                                                                               |
| 貸与を受けた総額                                                                                     | 円                                                                                                              |
| 返還する期間                                                                                       | 年 月から 年 月まで                                                                                                    |
| 返還する総額                                                                                       | 円                                                                                                              |
| 返還の猶予を受けようとする期間                                                                              | 年 月から 年 月まで                                                                                                    |
| 返還の猶予の申請理由                                                                                   | 1 養成施設等に在学している<br>2 養成施設等を卒業後引き続き他の養成施設等に在学している<br>3 県内において福祉の業務に従事している<br>4 被災した<br>5 重い病気にかかっている<br>6 その他（ ） |
| 在学先又は就業先                                                                                     | 名称                                                                                                             |
|                                                                                              | 所在地                                                                                                            |

注 1 「返還の猶予の申請理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。  
2 返還の猶予の申請理由の状況を証明する書類を添えてください。



## 第17号様式（第13条関係）

|                                                                                               |                                                                      |             |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| 年 月 日                                                                                         |                                                                      |             |        |
| 高知県知事 様                                                                                       |                                                                      |             |        |
| 被貸与者 決定番号<br>住所<br>氏名<br>電話番号                                                                 |                                                                      |             |        |
| 介護福祉士等修学資金返還免除申請書                                                                             |                                                                      |             |        |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第10条の規定による修学資金の返還の免除を受けたいので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第13条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。 |                                                                      |             |        |
| 貸与を受けた期間                                                                                      | 年 月から                                                                | 年 月まで（      | 月間）    |
| 貸与を一時停止された期間                                                                                  | 年 月から                                                                | 年 月まで（      | 月間）    |
| 貸与を受けた総額                                                                                      | 円                                                                    |             |        |
| 返還する総額                                                                                        | 円                                                                    |             |        |
| 返還済額                                                                                          | 円                                                                    |             |        |
| 返還未済額                                                                                         | 円                                                                    |             |        |
| 返還の免除を受けようとする額                                                                                | 円                                                                    |             |        |
| 返還の免除を受けた後の返還残額                                                                               | 円                                                                    |             |        |
| 就業状況                                                                                          | 就業期間                                                                 | 就業先の名称及び所在地 | 従事した職種 |
|                                                                                               | 年 月 日～ 年 月 日                                                         |             |        |
|                                                                                               |                                                                      |             |        |
|                                                                                               |                                                                      |             |        |
|                                                                                               |                                                                      |             |        |
|                                                                                               |                                                                      |             |        |
| 返還の免除の申請理由                                                                                    | 1 県内において福祉の業務に従事した期間が（5年・3年・その他（ 年））に達した<br>2 心身の機能に障害を生じた<br>3 死亡した |             |        |

- 注 1 「返還の免除の申請理由」欄は、該当するものの番号等を○で囲んでください。  
2 福祉の業務に従事した場合は、その状況を証明する書類を添えてください。  
3 心身の機能に障害を生じた場合は、その状況を証明する医師の診断書等を添えてください。  
4 死亡した場合は、死亡したことを証明する書類を添えて遺族の方が申請してください。

## 第18号様式（第13条関係）

|                                                                                         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 第 号<br>年 月 日                                                                            |             |
| 様                                                                                       |             |
| 高知県知事                                                                                   |             |
| 介護福祉士等修学資金返還猶予通知書                                                                       |             |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第9条の規定により次のとおり修学資金の返還を猶予しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第13条第2項の規定により通知します。 |             |
| 返還を猶予する期間                                                                               | 年 月から 年 月まで |
| 返還を猶予する理由                                                                               |             |

## 第19号様式（第13条関係）

|                                                                                          |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 第 号                                                                                      |   |
| 年 月 日                                                                                    |   |
| 様                                                                                        |   |
| 高知県知事                                                                                    |   |
| 介護福祉士等修学資金返還免除通知書                                                                        |   |
| 高知県介護福祉士等修学資金貸与条例第10条の規定により次のとおり修学資金の返還を免除しますので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第13条第2項の規定により通知します。 |   |
| 貸与した総額                                                                                   | 円 |
| 返還すべき総額                                                                                  | 円 |
| 返還済額                                                                                     | 円 |
| 返還未済額                                                                                    | 円 |
| 返還を免除する額                                                                                 | 円 |
| 返還を免除した後の返還残額                                                                            | 円 |
| 返還を免除する理由                                                                                |   |

## 第20号様式（第14条関係）

|                                                                    |       |   |
|--------------------------------------------------------------------|-------|---|
| 年 月 日                                                              |       |   |
| 高知県知事 様                                                            |       |   |
| 被貸与者                                                               | 決定番号  |   |
|                                                                    | 住所    |   |
|                                                                    | 氏名    | 印 |
|                                                                    | 電話番号  |   |
| 福祉の業務従事届                                                           |       |   |
| 次のとおり県内において福祉の業務に従事しましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第14条第1項の規定により届け出ます。 |       |   |
| 就業先                                                                | 名称    |   |
|                                                                    | 所在地   |   |
| 就業年月日                                                              | 年 月 日 |   |

注 県内において福祉の業務に従事していることを証明する書類を添えてください。

## 第21号様式（第14条関係）

|                                                                                             |           |       |       |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------|---|---|---|
|                                                                                             |           |       |       | 年 | 月 | 日 |
| 高知県知事 様                                                                                     |           |       |       |   |   |   |
| 被貸与者 決定番号<br>住所<br>氏名<br>電話番号                                                               |           |       |       |   |   |   |
| 異動届                                                                                         |           |       |       |   |   |   |
| 県内において福祉の業務に従事したことを届け出ましたが、その内容について次のとおり変更が生じましたので、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第14条第2項の規定により届け出ます。 |           |       |       |   |   |   |
| 1 就業先の変更                                                                                    |           |       |       |   |   |   |
| 就業先                                                                                         | 新         | 名称    |       |   |   |   |
|                                                                                             |           | 所在地   |       |   |   |   |
|                                                                                             | 旧         | 名称    |       |   |   |   |
|                                                                                             |           | 所在地   |       |   |   |   |
| 異動年月日                                                                                       | 旧就業先退職年月日 |       | 年 月 日 |   |   |   |
|                                                                                             | 新就業先就職年月日 |       | 年 月 日 |   |   |   |
| 異動理由                                                                                        |           |       |       |   |   |   |
| 2 退職又は県外への転出                                                                                |           |       |       |   |   |   |
| 退職又は転出年月日                                                                                   |           | 年 月 日 |       |   |   |   |
| 退職又は転出の理由                                                                                   |           |       |       |   |   |   |
| 転出先                                                                                         | 名称        |       |       |   |   |   |
|                                                                                             | 所在地       |       |       |   |   |   |

注 就業先の変更の場合は、県内において福祉の業務に従事していることを証明する書類を添えてください。

## 第22号様式（第15条関係）

|                                                           |     |  |  |   |      |   |
|-----------------------------------------------------------|-----|--|--|---|------|---|
|                                                           |     |  |  | 年 | 月    | 日 |
| 高知県知事 様                                                   |     |  |  |   |      |   |
| 被貸与者 決定番号<br>住所<br>氏名<br>電話番号                             |     |  |  |   |      |   |
| 現況報告書                                                     |     |  |  |   |      |   |
| 年4月1日現在の状況について、高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則第15条の規定により次のとおり届け出ます。 |     |  |  |   |      |   |
| 1 養成施設等に在学している                                            |     |  |  |   |      |   |
| 養成施設等                                                     | 名称  |  |  |   | 電話番号 |   |
|                                                           | 所在地 |  |  |   |      |   |
| 2 県内において福祉の業務に従事している                                      |     |  |  |   |      |   |
| 就業先                                                       | 名称  |  |  |   | 電話番号 |   |
|                                                           | 所在地 |  |  |   |      |   |
| 3 県内において福祉の業務以外の仕事に就いている                                  |     |  |  |   |      |   |
| 勤務先                                                       | 名称  |  |  |   | 電話番号 |   |
|                                                           | 所在地 |  |  |   |      |   |
| 4 県外において仕事（福祉の業務を含みます。）に就いている                             |     |  |  |   |      |   |
| 勤務先                                                       | 名称  |  |  |   | 電話番号 |   |
|                                                           | 所在地 |  |  |   |      |   |
| 5 仕事に就いていない                                               |     |  |  |   |      |   |
| 現在の生活状況                                                   |     |  |  |   |      |   |

注 県内において福祉の業務に従事している場合は、その状況を証明する書類を添えてください。

## 附 則

(施行期日)

- この規則は、平成24年4月1日から施行する。  
(経過措置)
- この規則による改正後の高知県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の規定は、平成24年4月1日以後に新たに修学資金の貸与を決定する者の修学資金の貸与及び返還について適用し、同日前に修学資金の貸与を決定した者の修学資金の返還については、なお従前の例による。



高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年3月30日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

## 高知県規則第29号

## 高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則の一部を改正する規則

高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則（平成7年高知県規則第85号）の一部を次のように改正する。

第3条の見出し中「届出」を「届出手続」に改める。

第4条の見出し中「返納」を「返納手続」に改める。

第5条の見出し中「届出」を「届出手続」に改める。

第6条の見出し中「返納」を「返納手続」に改める。

第7条の見出し中「届出」を「届出手続」に改める。

第8条の見出し中「届出」を「届出手続」に改め、同条第1項中「第20条第1項第3号」を「第20条第3号」に改める。

第10条の見出し中「届出」を「届出手続」に改める。

第14条中「毒えさ」を「毒餌」に改める。

第15条中「毒えさ」を「毒餌」に改め、同条第2号中「第4条」を「第4条第1項及び第2項」に改める。

第17条の見出し中「手数料等」を「手数料」に改め、同条第1項中「第31条第6項ただし書」を「第31条第5項ただし書」に改め、「又は費用」を削り、「手数料等還付請求書」を「手数料還付請求書」に改め、同条第2項中「又は費用」を削り、「手数料等還付決定通知書」を「手数料還付決定通知書」に改める。

第18条の見出し中「手数料等」を「手数料」に改め、同条第1項中「第31条第7項」を「第31条第6項」に改め、「又は費用」を削り、「手数料等減額（免除）承認申請書」を「手数料減額（免除）承認申請書」に改め、同条第2項中「又は費用」を削り、「手数料等減額（免除）承認通知書」を「手数料減額（免除）承認通知書」に改める。

別記様式を次のように改める。

## 別記

## 第1号様式（第3条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）

動物取扱業登録証（更新登録証）亡失届

動物取扱業登録証（更新登録証）を亡失しましたので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第11条第1項（第2項）の規定により次のとおり届け出ます。

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 事業所の名称   |                           |
| 事業所の所在地  | 電話番号                      |
| 登録年月日    | 年 月 日                     |
| 登録番号     | 第 号                       |
| 動物取扱業の種別 | 1 販売 2 保管 3 貸出し 4 訓練 5 展示 |
| 亡失した理由   |                           |
| 備考       |                           |

- 注 1 「動物取扱業の種別」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 2 「亡失した理由」欄は、動物取扱業登録証（更新登録証）を亡失した理由、状況等を記入してください。
- 3 この届出に係る事務担当者が届出者と異なる場合は、「備考」欄に当該事務担当者の氏名及び電話番号を記入してください。

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名）

動物取扱業登録証（更新登録証）返納届

高知県動物の愛護及び管理に関する条例第12条第1項（第2項）の規定により、動物取扱業登録証（更新登録証）を下記の理由により返納します。

記

- 1 動物取扱業の登録を受けた者が死亡し、合併により消滅し、解散し、又は廃業したため
- 2 動物の愛護及び管理に関する法律第19条第1項の規定により動物取扱業の登録を取り消されたため
- 3 動物取扱業登録証（更新登録証）の再交付を受けた後において、亡失した動物取扱業登録証（更新登録証）を発見し、又は回復したため

注 該当するものの番号を○で囲んでください。

第3号様式（第5条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名）

特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）亡失届

特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）を亡失しましたので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第14条第1項（第2項）の規定により次のとおり届け出ます。

|         |       |
|---------|-------|
| 許可年月日   | 年 月 日 |
| 許可番号    | 第 号   |
| 特定動物の種類 |       |
| 亡失した理由  |       |
| 備考      |       |

- 注 1 「亡失した理由」欄は、特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）を亡失した理由、状況等を記入してください。
- 2 この届出に係る事務担当者が届出者と異なる場合は、「備考」欄に当該事務担当者の氏名及び電話番号を記入してください。

## 第4号様式（第6条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）返納届

高知県動物の愛護及び管理に関する条例第15条第1項（第2項）の規定により、特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）を下記の理由により返納します。

## 記

- 1 動物の愛護及び管理に関する法律第29条の規定により特定動物の飼養又は保管の許可を取り消されたため
- 2 特定動物の飼養又は保管の許可を受けた者が死亡し、合併により消滅し、若しくは分割し（特定動物の飼養又は保管の許可を受けた者の地位が承継されなかった場合に限ります。）、又は解散したため
- 3 特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）の再交付を受けた後において、亡失した特定動物飼養・保管許可証（変更許可証）を発見し、又は回復したため

注 該当するものの番号を○で囲んでください。

## 第5号様式（第8条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

特定動物識別措置変更届

特定動物の飼養又は保管の許可に係る識別措置の内容を変更しましたので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第17条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

|           |            |                                                                                                                        |  |
|-----------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 許可の内容     | 許可年月日      | 年 月 日                                                                                                                  |  |
|           | 許可番号       | 第 号                                                                                                                    |  |
|           | 特定動物の種類    |                                                                                                                        |  |
|           | 特定飼養施設の所在地 |                                                                                                                        |  |
| 特定動物に係る情報 | 性別         | 1 雄 2 雌 3 不明 4 その他 ( )                                                                                                 |  |
|           | 外見上の特徴     |                                                                                                                        |  |
| 変更内容      | 変更前        | 識別措置の種類 1 マイクロチップ 2 脚環 3 入れ墨、翼帯等 4 特定飼養施設への標識の掲出 5 その他 ( )                                                             |  |
|           |            | 識別番号                                                                                                                   |  |
|           | 変更後        | 識別措置の種類 1 マイクロチップ 2 脚環 3 その他 ( )                                                                                       |  |
|           |            | 識別番号                                                                                                                   |  |
| 変更年月日     |            | 年 月 日                                                                                                                  |  |
| 変更理由      |            | 1 特定動物が幼齢又は小型なものとして特定動物の飼養又は保管の方法の細目（平成18年1月環境省告示第22号）において定める月齢又は大きさを超えたため<br>2 マイクロチップの埋込みに耐えられる体力を有したため<br>3 その他 ( ) |  |
| 添付書類      |            | 1 獣医師が発行したマイクロチップの埋込みをした事実及びマイクロチップの識別番号に係る証明書又は獣医師若しくは行政機関が発行したマイクロチップの識別番号に係る証明書<br>2 脚環の装着状況を撮影した写真<br>3 その他 ( )    |  |
| 備考        |            |                                                                                                                        |  |

- 注 1 特定動物の数が多く、「特定動物に係る情報」欄に全てを記入することができない場合は、変更前及び変更後の対照関係が明らかになるよう記載した書類を添えてください。
- 2 「性別」欄、「識別措置の種類」欄、「変更理由」欄及び「添付書類」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 3 この届出に係る事務担当者が届出者と異なる場合は、「備考」欄に当該事務担当者の氏名及び電話番号を記入してください。

第6号様式（第10条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
電話番号  
(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

特定動物事故発生届

私が飼養している特定動物による事故がありましたので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第20条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

|                   |           |            |    |    |    |
|-------------------|-----------|------------|----|----|----|
| 許可年月日             |           | 年 月 日      |    |    |    |
| 許可番号              |           | 第 号        |    |    |    |
| 特定動物の種類、年齢、性別及び体格 |           | 種類         | 年齢 | 性別 | 体格 |
|                   |           |            |    |    |    |
| 事故の状況             | 発生日時      | 年 月 日 時頃   |    |    |    |
|                   | 発生場所      |            |    |    |    |
|                   | 発生原因      |            |    |    |    |
|                   | 加害の部位及び程度 |            |    |    |    |
| 被害者               | 住所        | 電話番号       |    |    |    |
|                   | 氏名、年齢及び性別 | ( 歳) 男 ・ 女 |    |    |    |
| 事故発生後の措置等         |           |            |    |    |    |

第7号様式（第10条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
氏名  
電話番号  
(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

飼養犬事故発生届

私が飼養している犬による事故がありましたので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第20条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

|           |           |            |          |           |
|-----------|-----------|------------|----------|-----------|
| 飼養犬       | 種類        |            | 生年月日     | 年 月 日     |
|           | 毛色        |            | 性別       | 雄 ・ 雌     |
|           | 名         |            | 体格       | 大 ・ 中 ・ 小 |
|           | 登録年度      | 年度         | 登録番号     | 第 号       |
|           | 予防注射年月日   | 年 月 日      | 注射済票番号   | 第 号       |
| 事故の状況     | 発生日時      | 年 月 日 時頃   |          |           |
|           | 発生場所      |            |          |           |
|           | 発生原因      |            |          |           |
|           | 加害の部位及び程度 |            |          |           |
|           | 係留の有無     | 有 ・ 無      | 過去の事故の有無 | 有 ・ 無     |
| 被害者       | 住所        | 電話番号       |          |           |
|           | 氏名、年齢及び性別 | ( 歳) 男 ・ 女 |          |           |
| 事故発生後の措置等 |           |            |          |           |

## 第8号様式（第11条関係）

|              |  |           |  |
|--------------|--|-----------|--|
| 12センチメートル    |  | 12センチメートル |  |
| 写真貼り付け箇所     |  | 第 号       |  |
| 動物愛護指導員身分証明書 |  |           |  |
| 所属           |  |           |  |
| 職名           |  |           |  |
| 氏名           |  |           |  |
| 生年月日 年 月 日   |  |           |  |
| 年 月 日発行      |  |           |  |
| 高知県知事 印      |  |           |  |

備考 写真の大きさは、縦4センチメートル、横3センチメートルとする。

（裏面）

動物の愛護及び管理に関する法律（抜粋）  
（報告及び検査）  
**第24条** 都道府県知事は、第10条から第19条まで及び前3条の規定の施行に必要な限度において、動物取扱業者に対し、飼養施設の状況、その取り扱う動物の管理の方法その他必要な事項に関し報告を求め、又はその職員に、当該動物取扱業者の事業所その他関係のある場所に立ち入り、飼養施設その他の物件を検査させることができる。  
2 前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係人に提示しなければならない。  
3 第1項の規定による立入検査の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。  
（報告及び検査）  
**第33条** 都道府県知事は、第26条から第29条まで及び前2条の規定の施行に必要な限度において、特定動物飼養者に対し、特定飼養施設の状況、特定動物の飼養又は保管の方法その他必要な事項に関し報告を求め、又はその職員に、当該特定動物飼養者の特定飼養施設を設置する場所その他関係のある場所に立ち入り、特定飼養施設その他の物件を検査させることができる。  
2 第24条第2項及び第3項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。  
**第47条** 次の各号のいずれかに該当する者は、20万円以下の罰金に処する。  
(1) 略  
(2) 第24条第1項又は第33条第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又はこれらの規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者  
(3) 略  
高知県動物の愛護及び管理に関する条例（抜粋）  
（野犬等の収容）  
**第22条** 知事は、その職員に、飼養されていない犬及び飼養されている犬であって係留されていないもの（以下「野犬等」という。）を収容させることができる。  
2 前項の職員は、同項の規定による野犬等の収容を行うため、あらかじめ知事が指定した者を使用することができる。  
3 第1項の職員は、収容しようとする野犬等がその所有者若しくは占有者又はその他の者の土地、建物、車両又は船舶内に入った場合において、これを収容するためやむを得ないと認めるときは、合理的に必要と判断される限度において、その場所（人の住居を除く。）に立ち入ることができる。ただし、その場所の所有者又はこれに代わるべき者が当該立ち入りを拒んだときは、この限りでない。  
4 何人も、正当な理由がなく、前項の規定による立ち入りを拒んではならない。  
5 第1項の職員は、第3項の規定により立ち入るときは、その身分を示す証明書を携帯し、関係者から請求があったときは、これを提示しなければならない。  
6 略

## 第9号様式（第11条関係）

|              |  |           |  |
|--------------|--|-----------|--|
| 12センチメートル    |  | 12センチメートル |  |
| 写真貼り付け箇所     |  | 第 号       |  |
| 動物管理技術員身分証明書 |  |           |  |
| 住所           |  |           |  |
| 氏名           |  |           |  |
| 指定期間 年 月 日まで |  |           |  |
| 年 月 日発行      |  |           |  |
| 高知県知事 印      |  |           |  |

上記の者は、野犬等の収容を行うために高知県動物の愛護及び管理に関する条例第22条第2項の規定により高知県知事が指定した動物管理技術員であることを証明します。

備考 写真の大きさは、縦4センチメートル、横3センチメートルとする。

（裏面）

高知県動物の愛護及び管理に関する条例（抜粋）  
（野犬等の収容）  
**第22条** 知事は、その職員に、飼養されていない犬及び飼養されている犬であって係留されていないもの（以下「野犬等」という。）を収容させることができる。  
2 前項の職員は、同項の規定による野犬等の収容を行うため、あらかじめ知事が指定した者を使用することができる。  
3 第1項の職員は、収容しようとする野犬等がその所有者若しくは占有者又はその他の者の土地、建物、車両又は船舶内に入った場合において、これを収容するためやむを得ないと認めるときは、合理的に必要と判断される限度において、その場所（人の住居を除く。）に立ち入ることができる。ただし、その場所の所有者又はこれに代わるべき者が当該立ち入りを拒んだときは、この限りでない。  
4 何人も、正当な理由がなく、前項の規定による立ち入りを拒んではならない。  
5 第1項の職員は、第3項の規定により立ち入るときは、その身分を示す証明書を携帯し、関係者から請求があったときは、これを提示しなければならない。  
6 第2項の知事が指定した者が野犬等の収容に従事するときは、前項の規定を準用する。



第10号様式（第12条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

飼養犬（飼養猫）返還申請書

収容されている犬（猫）は、私が飼養している犬（猫）に相違ありませんので、返還して  
くださるよう高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則第12条の規定により次のとお  
り申請します。

|          |                        |       |        |           |
|----------|------------------------|-------|--------|-----------|
| 所有者又は占有者 | 住所（法人の場合、主たる事務所の所在地）   |       |        |           |
|          | 氏名（法人の場合、名称及び代表者の職・氏名） |       |        |           |
| 飼養犬      | 種類                     |       | 生年月日   | 年 月 日     |
|          | 毛色                     |       | 性別     | 雄 ・ 雌     |
|          | 名                      |       | 体格     | 大 ・ 中 ・ 小 |
|          | その他の特徴                 |       |        |           |
|          | 登録年度                   | 年度    | 登録番号   | 第 号       |
|          | 予防注射年月日                | 年 月 日 | 注射済票番号 | 第 号       |
|          | 飼養猫                    | 種類    |        | 生年月日      |
| 毛色       |                        |       | 性別     | 雄 ・ 雌     |
| 名        |                        |       | 体格     | 大 ・ 中 ・ 小 |
| その他の特徴   |                        |       |        |           |
| 備考       |                        |       |        |           |

第11号様式（第13条関係）

年 月 日

高知県知事 様

提出者 住所  
氏名  
電話番号  
(法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名)

一般飼養者用動物譲渡願

高知県動物の愛護及び管理に関する条例第25条の規定に基づき譲渡を希望しますので、次  
のとおり願ひ出ます。

|            |       |     |               |
|------------|-------|-----|---------------|
| 種別         | 犬 ・ 猫 |     |               |
| 種類         |       | 月 齢 | 3 月未満 ・ 3 月以上 |
| 毛色         |       | 性別  | 雄 ・ 雌         |
| その他の特徴     |       |     |               |
| 飼養の目的      |       |     |               |
| 主として世話をする者 |       |     |               |

第12号様式（第16条関係）



備考 大きさは、直径7センチメートルとする。

第13号様式（第17条関係）

年 月 日

高知県知事 様

請求者 住所

氏名

印

電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）

手数料還付請求書

高知県動物の愛護及び管理に関する条例第31条第5項ただし書の規定に基づき手数料の還付を受けたいので、次のとおり請求します。

|               |            |   |  |            |       |
|---------------|------------|---|--|------------|-------|
| 還付を請求する理由     |            |   |  |            |       |
| 手数料の納付年月日     | 年 月 日      |   |  |            |       |
| 納付済みの手数料の額    | 円          |   |  |            |       |
| 還付を請求する手数料の額  | 円          |   |  |            |       |
| ※<br>手数料の額の算定 | 正規の手数料の額   | 円 |  |            |       |
|               | 決定した手数料の額  | 円 |  |            |       |
|               | 納付済みの手数料の額 | 円 |  |            |       |
|               | 還付する手数料の額  | 円 |  |            |       |
| ※<br>決裁欄      |            |   |  | ※<br>受付年月日 | 年 月 日 |
|               |            |   |  | ※<br>決定年月日 | 年 月 日 |
|               |            |   |  | ※<br>決定番号  | 第 号   |
|               |            |   |  | ※<br>通知年月日 | 年 月 日 |
|               |            |   |  | ※<br>還付年月日 | 年 月 日 |

注 ※印欄は、記入しないでください。

第14号様式（第17条関係）

第 号  
年 月 日

様

高知県知事



手数料還付決定通知書

年 月 日付けで請求のありました手数料の還付については、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第31条第5項ただし書の規定に基づき次のとおり決定しました。

|            |       |
|------------|-------|
| 手数料の納付年月日  | 年 月 日 |
| 納付済みの手数料の額 | 円     |
| 決定した手数料の額  | 円     |
| 還付する手数料の額  | 円     |

第15号様式（第18条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所

氏名



電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）

手数料減額（免除）承認申請書

高知県動物の愛護及び管理に関する条例第31条第6項の規定に基づき手数料の減額（免除）を受けたいので、次のとおり申請します。

|                           |                |  |   |            |       |
|---------------------------|----------------|--|---|------------|-------|
| 減額又は免除を受けようとする理由          |                |  |   |            |       |
| 減額又は免除を受けようとする手数料の額及びその内訳 | 円              |  |   |            |       |
|                           | (内訳)           |  |   |            |       |
| その他参考事項                   |                |  |   |            |       |
| ※<br>手数料の額の算定             | 正規の手数料の額       |  | 円 |            |       |
|                           | 減額又は免除をする手数料の額 |  | 円 |            |       |
|                           | 決定した手数料の額      |  | 円 |            |       |
| ※<br>決裁欄                  |                |  |   | ※<br>受付年月日 | 年 月 日 |
|                           |                |  |   | ※<br>決定年月日 | 年 月 日 |
|                           |                |  |   | ※<br>決定番号  | 第 号   |
|                           |                |  |   | ※<br>通知年月日 | 年 月 日 |
|                           |                |  |   | ※<br>還付年月日 | 年 月 日 |

注 ※印欄は、記入しないでください。

## 第16号様式（第18条関係）

第 号  
年 月 日

様

高知県知事



## 手数料減額（免除）承認通知書

年 月 日付けで申請のありました手数料の減額（免除）については、高知県動物の愛護及び管理に関する条例第31条第6項の規定に基づき次のとおり承認します。

|                |   |
|----------------|---|
| 正規の手数料の額       | 円 |
| 減額又は免除をする手数料の額 | 円 |
| 決定した手数料の額      | 円 |

## 第17号様式（第19条関係）

年 月 日

高知県知事 様

動物取扱業者 住所

氏名

電話番号

（法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名）

## 動物取扱責任者研修受講申込書

次の者に動物取扱責任者研修を受けさせたいので、高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則第19条第1項の規定により次のとおり申し込みます。

|         |      |       |
|---------|------|-------|
| 事業所の名称  |      |       |
| 事業所の所在地 |      | 電話番号  |
| 登録年月日   |      | 年 月 日 |
| 登録番号    |      | 第 号   |
| 受講者     | 住所   |       |
|         | フリガナ |       |
|         | 氏名   |       |

第18号様式（第19条関係）

|                                                              |  |   |     |
|--------------------------------------------------------------|--|---|-----|
| 第                                                            |  | 号 |     |
| 動物取扱責任者研修修了証                                                 |  |   |     |
| 動物取扱責任者 氏名                                                   |  |   |     |
| 事業所の名称                                                       |  |   |     |
| 事業所の所在地                                                      |  |   |     |
| 動物の愛護及び管理に関する法律第22条第3項に規定する高知県知事が開催した動物取扱責任者研修を修了したことを証明します。 |  |   |     |
| 動物取扱責任者研修修了年月日                                               |  | 年 | 月 日 |
| 保健所長                                                         |  | 印 |     |

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則別記様式は、この規則による改正後の高知県動物の愛護及び管理に関する条例施行規則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。