

改正後

第14号様式（第10条関係）

第14号様式（第10条関係）

高知県知事 様

年 月 日

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	
住所	フリガナ	
	住所	(郵便番号 ー )
変更後	フリガナ	
	氏名	
住所	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>現在交付を受けている介護支援専門員証の写し</li> <li>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</li> <li>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相、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</li> <li>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             <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol> </li> </ol>	
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 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。

改正前

第14号様式（第10条関係）

第14号様式（第10条関係）

高知県知事 様

年 月 日

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	
住所	フリガナ	
	住所	(郵便番号 ー )
変更後	フリガナ	
	氏名	
住所	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>現在交付を受けている介護支援専門員証の写し</li> <li>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</li> <li>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相、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</li> <li>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             <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol> </li> </ol>	
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 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。