

介護支援専門員証交付申請書(有効期間の更新) 提出案内

介護支援専門員証の有効期間を更新しようとする時の手続です。
申請後、1～2 か月で介護支援専門員証を交付します。

提出時期

介護支援専門員証有効期間満了日の 1 年前から 1 か月前まで
※主任介護支援専門員更新研修(以下、「主任更新研修」という。)修了者のうち、置換交付を希望する者は、主任更新研修修了証明書交付後ただちに申請してください

提出書類 ※特定記録もしくは簡易書留でのご郵送またはご持参ください。

- ☐ 介護支援専門員証交付申請書(有効期間の更新)
- ☐ マイナンバー関連書類(A.番号確認書類と B.身元確認書類)※AB 両方提出ください。
 - A.番号確認書類(マイナンバーカード裏面、通知カード、マイナンバー記載の住民票等)いずれか1つの写し
 - B.本人の顔写真が掲載されている官公署の発行する証(マイナンバーカード表面、運転免許証、パスポート、介護支援専門員証等)いずれか1つの写し

【手数料の納付方法】1,600 円:下記のいずれかの方法で納付してください

- クレジットカードによる電子納付
(クレジットカード支払い希望の方)
手続名:介護支援専門員証手数料(有効期間の更新)
1. 専用フォームにアクセス
(しがネット受付サービス)
リンクはこちら⇒ 
2. 必要事項を入力
3. 支払い
4. 支払い後、申請番号を申請書に記載

- ウェブ事前登録方式コンビニ決済での納付
(現金支払い希望の方)
小分類:介護支援専門員各種申請
手数料名:介護支援専門員証の更新
1. 専用フォームにアクセスし、
メールアドレスを登録 リンクはこちら⇒ 
2. 届いたメールに記載の URL へアクセスし、
必要事項を入力
3. 届いたメールを確認し、コンビニエンスストアにて
現金支払い
4. 支払い後、SG から始まる申請用番号を申請書に記載

☐ 写真 (同じもの 2 枚・1 枚は申請書所定欄に貼付)

- 写真の要件
 - ・縦 3cm×横 2.4cm
 - ・申請前 6 か月以内に撮影した無帽、正面、上三分身、無背景のもの
 - ・眼鏡着用の場合は色付き不可、反射・影のないもの、顔や目の輪郭を妨げないもの
 - ・裏面に氏名、登録番号を記載
 - ・白黒、カラーは問いません。

- ☐ 介護支援専門員研修修了証明書(申請書記載の研修のもの)の写し
- ☐ 介護支援専門員証の原本 (紛失の場合は介護支援専門員証紛失届)
- ☐ 主任更新研修修了者で、介護支援専門員証と主任更新研修修了証明書の有効期間を揃えないことを希望する場合は別紙 申出書

【氏名、住所変更がある場合】

☐ 介護支援専門員登録事項変更届出書(様式第 5 号)

【氏名変更がある場合】

☐ 戸籍抄本(氏名に変更があった場合のみ)

◆外国籍の方は新旧氏名が掲載された住民票の写し

(平成24年(2012 年)7月8日以前に氏名変更された方は外国人登録源票)

提出・お問い合わせ先

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 介護・福祉人材確保係

〒520-8577 大津市京町 4-1-1 TEL 077-528-3597 FAX 077-528-4851

(様式第 3 号)

介護支援専門員証交付申請書(有効期間の更新)

手数料(1,600 円)を納付された方法の□に✓を入れて必要事項をご記入ください。

☐ クレジットカードでの納付 クレジット支払いの申請番号を記入してください															クレジットカードの受付年月日を 記入してください			
-															年 月 日			
☐ ウェブ事前登録方式コンビニ決済での納付 申請用番号 SG以降の 9 桁の数字を記入してください															手数料納付の申請年月日を 記入してください			写真貼付欄 縦 3.0cm × 横 2.4cm
SG															年 月 日			

登 録 番 号									有効期間 満了日	年 月 日		
個 人 番 号 (マイナンバー)												
フ リ ガ ナ									生年月日	年 月 日		
氏 名												
フ リ ガ ナ												
住 所	(〒 -)											
有効期間の更新に必要な研修の修了状況												
現 任 研 修・ 更新研修Ⅰ (現任者・ 実務経験者)	専門課程 Ⅰ	修了 年月日	年 月 日			修了 番号	第 号					
	※2 回目以降の更新で、専門課程Ⅰを受講していない場合は記入不要です。											
更 新 研 修Ⅱ (実 務 未 経 験 者)	専門課程 Ⅱ	修了 年月日	年 月 日			修了 番号	第 号					
主 任 更 新 研 修		修了 年月日	年 月 日			修了 番号	第 号					
置換交付希望の方は、□ に✓を入れてください。												
☐ 介護支援専門員証の有効期間を、主任更新研修修了証明書の有効期間に置換交付を希望します。												

介護保険法第 69 条の 8 第 1 項および介護保険法施行規則第 113 条の 26 第 1 号の規定に基づき、介護支援専門員証の有効期間更新および交付を申請します。

年 月 日

氏 名 _____

電話番号 _____

(あて先)滋賀県知事

(日中連絡可能なもの)