

## 介護支援専門員登録移転申請書

令和 年 月 日

（現在登録を受けている都道府県の知事経由）  
山梨県知事 殿

（申請者）氏 名 印  
電話番号（自宅） — —  
（携帯） — —

介護保険法施行規則第113条の10の規定により、介護支援専門員資格登録名簿の登録の移転を申請します。

また介護保険制度の適正な実施を図るため必要な場合は、登録された事項を国及び他の都道府県に提示することに同意いたします。

フリガナ											生年		年		月		日		
氏 名											月日 (西暦)								
フリガナ																			
住 所	〒 —																		
個人番号																			
就業先 事業所	事業所名称（サービス種別）																		
	事業所所在地 〒 —																		
現在登録を受けている都道府県名											介護支援専門員登録番号								
介護支援専門員証交付の有無	有・無	証交付年月日 (西暦)																	

- （注意） 1 登録移転申請ができる者は、裏面に定める事業者若しくは施設に従事する者又は従事しようとする者に限る。  
 2 氏名を自署して申請する場合は、押印を省略することができる。  
 3 住所は、移転後の住所を記載すること。  
 4 介護支援専門員証を添付すること。  
 5 個人番号確認のため、個人番号カード（両面）の写しを添付すること。  
 （個人番号カードがない場合、通知カード又は住民票の写し（個人番号の記載があるもの）及び運転免許証・パスポート等を添付）

行政記載欄	確認年月日		確認者職氏名	
	番号確認書類名		身元確認書類名	

第2号様式（裏面）

\*登録の移転申請ができる者は、移転先都道府県に所在する次の事業所の業務に従事、又はしようとする者です。

- 指定居宅介護支援事業者
- 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者
- 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び看護小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型サービス事業者
- 介護保険施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
- 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者
- 介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者
- 指定介護予防支援事業者
- 地域包括支援センター