

この申請書は東京都福祉局へ提出する書類です。
（福祉保健財団では受け取れません。）

送付先は次のとおりです。
（↓の点線に沿って切り取り、封筒に貼付してください。）

〒163－8001

東京都新宿区西新宿2－8－1

東京都 福祉局 高齢者施策推進部
介護保険課 ケアマネジメント支援担当

※個人情報の入った書類を送付いただくため、
簡易書留又は**特定記録郵便**により**郵送**してください。

この申請書は東京都福祉局へ提出する書類です。
(福祉保健財団では受け取れません。)

個人番号登録申請書

フリガナ
申請者氏名 _____
電話番号 _____
メールアドレス _____

東京都福祉保健財団または東京都へ申請した手続きを○で囲んでください。

A 更新 B 登録&新規 C 登録のみ D 新規(実務研修) E 新規(再研修) F 再交付 G 書換
登録移転申請 (東京都)

個人番号 (マイナンバー)

枠内に12桁の個人番号を記入してください。

介護支援専門員の登録番号

枠内に8桁の登録番号を記入してください。

※申請手続きが登録申請の場合は、受講番号を記入してください。

本申請に添付する個人番号確認書類を○で囲んでください。

- ・マイナンバーカードの裏面の写し ・通知カードの写し
- ・個人番号が記載された住民票原本 (3か月以内に交付を受けたもの)

本申請に添付する本人確認書類を○で囲んでください。

- ・マイナンバーカードの表面の写し ・運転免許証の写し
- ・在留カードの写し ・特別永住者証明書の写し ・旅券 (パスポート) の写し
- ・運転経歴証明書の写し (交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る。)