

従事者認定証再交付申請について

(※東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課に内容確認の上、東京都福祉保健財団が作成)

従事者認定証を紛失または汚損した場合、認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書（第7号様式）を提出して下さい。

①提出書類

ア 提出書類一覧

イ 認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書（第7号様式）

※経過措置対象の方と、研修を修了された方では、様式が異なりますので御注意ください。

ウ 従事者認定証（汚損したものが手元にある場合）

エ 返信用封筒（角2）（120 円切手貼付、住所・送付先名称記載）

②申請（送付）先

公益財団法人 東京都福祉保健財団 人材養成部 福祉人材養成室 たん吸引担当

③その他

再交付後に、紛失した従事者認定証が見つかった場合は、再交付された従事者認定証を返納して下さい。

提出書類一覧

研・再交付

認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請 (研修修了者)

●届出者氏名(介護職員等)及び所属事業所名等

申請者氏名	介護 花子		
認定証登録番号	(不明の場合は空欄にしてください) 131000000		
事業所名	訪問介護 みやこ	担当者名	財団 太郎
連絡先電話番号	(本届出に関して問合せ等がある場合の連絡先の電話番号を記載してください) 03-0000-0000		

※ 確認欄(提出者)に、○を付してください。

書類名	確認欄		備考
	提出者	都	
1 提出書類一覧(本用紙)	○		
2 認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請書(様式第7号)	○		
3 認定特定行為業務従事者認定証(汚損したものが手元にある場合)(原本)	○		
4 返信用封筒(角2)(120円切手貼付、住所・送付先名称記載)	○		

提出書類一覧

経・再交付

認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請

(経過措置)

●届出者氏名(介護職員等)及び所属事業所名等

申請者氏名	介護 花子		
認定証登録番号	(不明の場合は空欄にしてください) 131000000		
事業所名	訪問介護 みやこ	担当者名	財団 太郎
連絡先電話番号	(本届出に関して問合せ等がある場合の連絡先の電話番号を記載してください) 03-0000-0000		

※ 確認欄(提出者)に、○を付してください。

	書類名	確認欄		備考
		提出者	都	
1	提出書類一覧(本用紙)	○		
2	認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請書(様式第7号)	○		
3	認定特定行為業務従事者認定証(汚損したものが手元にある場合)(原本)	○		
4	返信用封筒(角2)(120円切手貼付、住所・送付先名称記載)	○		

認定特定行為業務従事者認定証 再交付申請書

1 登録年月日

年 月 日

2 認定証登録番号

1 3 1 0 0 0 0 0 0

3 再交付申請の理由

紛失したため

認定証登録番号ごと（特定の場合を対象者ごと）に、本様式が1枚必要となります。

不明の場合は空欄にしてください。

上記により、認定特定行為業務従事者認定証の再交付を申請します。

申請日

年 月 日

フリガナ氏名

カイゴ ハナコ
介護 花子

生年月日

年 月 日

電話番号

0 9 0 (0 0 0 0) 0 0 0 0

もれなく記載してください

東京都知事 殿

東京都知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）
再交付申請書

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14条第2項の規定に基づく認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）について、下記のとおり再交付を申請します。

認定証登録番号	1	3	2	0	0	0	0	0	0
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請者	フリガナ	カイゴ ハナコ	生年月日
	氏名	介護 花子	年 月 日
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	
		東京都〇〇区〇〇3-6-9	
電話番号	090-0000-0000		

該当する理由に○を記載してください。

再交付申請を行う理由		著しく汚損したため
	○	失ったため
		その他（ ）

<添付書類>

著しく汚損した場合にあっては、当該東京都たんの吸引等認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）を添付してください。