（第７号様式）

介護保険

年　　月　　日

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

住民票と同じ記載内容（外字も注意）

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	

該当する理由に〇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
	〇	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。