

## 紛失・汚損の場合の手続き（「登録証再交付申請」の手続き）

### 1 注意事項

- この手続きは、登録証を紛失・汚損した場合に行ってください（氏名等、登録事項の変更を同時に行う場合は、「登録事項変更届出書」により行ってください）。
- 登録証を紛失・汚損し、更に「住所のみ」変更した場合は、この「登録証再交付申請」の手続きのみで、住所の変更を同時に行うことができます。
- 記載内容を訂正する場合は、二重線を引き、余白に正しく書き直してください。

### 2 提出書類

|   |  |  |
|---|--|--|
| ① | 登録証再交付申請書  |  |
| ② | 下記ア、イ、ウのいずれか1通<br>ア 戸籍の個人事項証明書の原本<br>イ 戸籍抄本の原本<br>ウ 「本籍を記載した」住民票の原本              | (外国の国籍の方)<br>・ 中長期在留者：「国籍等を記載した」住民票の原本<br>・ 特別永住者：パスポートその他の身分を証する書類のコピー<br>・ 短期滞在者：パスポートその他の身分を証する書類のコピー |
| ③ | 貼付用紙（郵便局等で払い込み、振替払込受付証明書を貼付用紙にはり付け）<br><u>住所の変更の手続きを同時に行う場合であっても払込金額は変わりません。</u> |  |
| ④ | (理由が汚損の場合に限り) 登録証の原本   |  |

### ① 登録証再交付申請書の記入例

※ボールペンで記入してください。

① 登録年月日、登録番号が不明な場合は、**記入しない。**  
該当する元号にチェックを記入する。

| 登録証再交付申請書   |  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
|---|--|--|---------|-----------------|-------|-----------------------------|---|--|-----------|--------------------------|------|--------|------|----|------|--------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|----------------|
| (登録証を紛失・汚損した場合に申請してください。)   |  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 資格<br>・ 登録証の記載内容をご記入ください。<br><small>(注1)</small>                        | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>資格</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">精神保健福祉士</td> </tr> <tr> <td>登録年月日</td> <td><input type="checkbox"/>平成</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>令和 4 年 4 月 15 日</td> </tr> <tr> <td>登録番号</td> <td>第 〇〇〇〇〇 号</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">フクシ アイ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">福祉 愛</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td><input type="checkbox"/>大正</td> <td><input type="checkbox"/>昭和</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>平成</td> <td>11 年 10 月 1 日生</td> </tr> </table> | 資格   | 精神保健福祉士 |                 | 登録年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 4 月 15 日 | 登録番号   | 第 〇〇〇〇〇 号 | フリガナ                     | フリガナ | フクシ アイ |      | 氏名 | 福祉 愛 |              | 生年月日                            | <input type="checkbox"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 |                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 11 年 10 月 1 日生 |
| 資格  | 精神保健福祉士  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 登録年月日   | <input type="checkbox"/> 平成  | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 4 月 15 日                    |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 登録番号  | 第 〇〇〇〇〇 号  | フリガナ   |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| フリガナ  | フクシ アイ   |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 氏名  | 福祉 愛   |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 生年月日  | <input type="checkbox"/> 大正  | <input type="checkbox"/> 昭和  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 平成   | 11 年 10 月 1 日生   |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。<br>理由 <small>(注2)</small> |  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損<br>(理由を記入) 転居後、登録証が見当たらなくなったため  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長 様  |  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 「住所」変更の有無に関わらず、すべて記入してください。<br><small>(注3)</small>                      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>記入日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">令和 4 年 4 月 30 日</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td>〒 150-0002</td> <td>住所変更: <input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">東京都渋谷区渋谷 1-5-6 〇〇マンション〇号</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">福祉 愛</td> </tr> <tr> <td>固定電話</td> <td>03-3486-7559</td> <td><input type="checkbox"/>固定電話なし</td> </tr> <tr> <td>携帯電話</td> <td>090-0000-0000</td> <td><input type="checkbox"/>携帯電話なし</td> </tr> </table>  |  | 記入日     | 令和 4 年 4 月 30 日 |       | 郵便番号                        | 〒 150-0002  | 住所変更: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 現住所       | 東京都渋谷区渋谷 1-5-6 〇〇マンション〇号 |      | 氏名     | 福祉 愛 |    | 固定電話 | 03-3486-7559 | <input type="checkbox"/> 固定電話なし | 携帯電話                        | 090-0000-0000               | <input type="checkbox"/> 携帯電話なし |  |                |
| 記入日   | 令和 4 年 4 月 30 日  |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 郵便番号  | 〒 150-0002   | 住所変更: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 現住所   | 東京都渋谷区渋谷 1-5-6 〇〇マンション〇号   |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 氏名  | 福祉 愛   |  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 固定電話  | 03-3486-7559   | <input type="checkbox"/> 固定電話なし  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |
| 携帯電話  | 090-0000-0000  | <input type="checkbox"/> 携帯電話なし  |         |                 |       |                             |   |  |           |                          |      |        |      |    |      |              |                                 |                             |                             |                                 |  |                |

(注) 1 登録証を紛失し、登録年月日、登録番号が不明な場合は、記入不要です。  
 2 理由欄には、紛失または汚損にチェックと、その理由を必ず記入してください。  
 3 現住所は、都道府県、市区町村、字、番地、〇〇方またはマンション名・室番号等を正しく記入してください。

### ② 戸籍の個人事項証明書等

- 「本籍（外国の国籍の方は国籍）」が、『省略』と記載された住民票では受け付けできません。
- 運転免許証、戸籍の附票では受け付けできません。
- 「現住所」と住民票等の「住所」は、異なっても、問題ありません。

使用する  
筆記具

ボールペン

## 登録証再交付申請書

(登録証を紛失・汚損した場合に申請してください。)

|  |       |   |   |      |
|--|-------|---|---|------|
| ・登録証の<br>記載内容<br>をご記入<br>ください。<br>(注1) | 資 格   | 精 神 保 健 福 祉 士   |   |      |
|  | 登録年月日 | <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和                              | 年 | 月 日  |
|  | 登録番号  | 第   |   | 号    |
|  | フリガナ  |   |   |      |
|  | 氏 名   |   |   |      |
|  | 生年月日  | <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 日生 |

精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理 由 (注2)

紛失 汚損

(理由を記入)

公益財団法人社会福祉振興・試験センター理事長 様

|  |             |    |      |   |   |  |
|--|-------------|----|------|---|---|--|
| ・「住所」<br>変更の有無<br>に関わらず、<br>すべて記入<br>してください。 | 記入日         | 令和 | 年    | 月 | 日   |  |
|  | 郵便番号        | 〒  | —    |   | 住所変更： <input type="checkbox"/> 有(変更無い場合は <input checked="" type="checkbox"/> は不要) |  |
|  | 現住所<br>(注3) |    | 都道府県 |   |   |  |
|  | 氏 名         |    |      |   |   |  |
|  | 固定電話        |    | —    | — | <input type="checkbox"/> 固定電話なし   |  |
|  | 携帯電話        |    | —    | — | <input type="checkbox"/> 携帯電話なし   |  |

- (注) 1 登録証を紛失し、登録年月日、登録番号が不明な場合は、記入不要です。  
2 理由欄には、紛失または汚損にチェックと、その理由を必ず記入してください。  
3 現住所は、都道府県、市区町村、字、番地、〇〇方またはマンション名・室番号等を正しく記入してください。