

介護支援専門員登録申請書

年 月 日

福島県知事

(申請者)

氏名

連絡先電話番号 自宅 ー ー  
携帯 ー ー

介護保険法第69条の2第1項及び介護保険法施行規則第113条の7第1項の規定により、介護支援専門員の登録を申請します。

また、介護保険制度の適正な実施を図るために、必要があるときは、登録された事項を国及び他の都道府県に提示することを同意します。

フリガナ		生年			
氏名		月日	西暦	年	月 日
フリガナ					
住所	〒 ー				
個人番号 (マイナンバー)					
実務研修 修了年月日	西暦			年	月 日
誓約書	<p>私は、次の事項のいずれにも該当しない者であることを誓約します。</p> <p>① 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの</p> <p>② 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>③ 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>④ 登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者</p> <p>⑤ 介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者</p> <p>⑥ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者</p> <p>⑦ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者(登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。)であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しないもの</p>				
添付書類	<input type="checkbox"/> 実務研修修了証明書の写し <input type="checkbox"/> 個人番号及び本人確認ができる書類(本人確認書類貼付台紙に貼付) <input type="checkbox"/> 住民票(6月以内に交付されたもの) 【本人確認書類で個人番号入り住民票を提出する場合は不要】				