

(様式1)

介護支援専門員登録申請書

西暦 年 月 日

神奈川県知事 殿

下記のとおり、記載事項について介護支援専門員の登録の申請をします。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時は、提出した書類に記載された事項を他の行政機関に対し、提示することに同意します。

フリガナ 氏名		生年月日	西暦 年 月 日生
旧姓等の使用	<input type="checkbox"/> 旧姓・通称名の使用を希望する(※希望しない場合はチェック不要)		
フリガナ 住所	〒 都道府県		
電話番号	自宅	日中の連絡先(勤務先・携帯・その他)	
実務研修 修了年月日	西暦 年 月 日	実務研修 受講番号	
誓約書 内容を確認のうえ必ず チェックしてください	<input type="checkbox"/> 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。 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 (精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者) 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 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 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 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 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 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		
添付書類 (添付した書類に ☑してください)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員実務研修修了証明書の写し <input type="checkbox"/> 住民票 ※神奈川県内に住所がある方は添付不要です。 (コピー不可。申請前3か月以内に交付されたもので、本人情報のみで個人番号の記載がないもの。本籍・続柄省略可) <input type="checkbox"/> 様式10 旧姓・通称名使用届(希望者のみ・電子申請による届出も可)※必要書類有		

※1 「氏名」欄に記載する氏名は、戸籍に記載されている文字を使用の上、必ずフリガナを付すこと。旧姓・通称名使用届(様式10)又は電子申請による旧姓・通称名使用届を提出する際、日本国籍を有する者にあつては戸籍抄本も併せて添付すること。また、通称名の使用を希望する者は、その通称名が社会生活上日常的に用いられていることが確認できる書類(神奈川県ホームページ参照)を併せて添付すること(電子申請の場合は原本の写真等電子データ。原本のコピーの写真等は不可)。

※2 「現住所」欄は、住民票に記載されている内容で記入すること。必ずフリガナを付し、郵便番号、都道府県名、市区町村名、地番、〇〇様方・〇〇号室など正確に記入すること。

※3 「電話番号」は、申請内容に関して確認をする場合があるため、平日の日中に連絡可能な番号を必ず記入すること。連絡がとれ、申請内容の確認ができるまで、交付の事務は中断となる。

※4 「実務研修受講番号」欄は、実務研修修了証明書に記載の番号を記入すること。

※5 実務研修修了日から3か月を超えると登録できません。