別記様式第１号（第２条関係）

介護支援専門員登録申請書 兼 介護支援専門員証交付申請書

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

マイナンバー		
申請者	フリガナ	
	氏名	

※氏名は自筆による署名

介護保険法第 69 条の 2 第 1 項(第 69 条の 7 第 1 項)及び介護保険法施行規則第 113 条の 7(第 113 条の 20)の規定により，介護支援専門員の登録(介護支援専門員証の交付)を申請します。

申請区分 (該当する□にレ印を記載)	□　介護支援専門員の登録及び介護支援専門員証の交付の両方を申請 □　介護支援専門員の登録のみを申請(注)
生年月日 (西暦で記載)	年　月　日
住　所 (住民票の住所)	〒　－
書類の送付先 (希望者のみ記載)	〒　－　※申請に係る書類の送付先が住所と異なる場合に記載
日中の連絡先 (電話番号等)	勤務先　－　－ 自宅・携帯電話　－　－ 勤務先名称(※介護事業所の場合に記載)
実務研修修了 年月日(西暦で記載)	年　月　日
登録日からの期間	□　５年以内　　□　５年超
誓　約　書	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 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	・写真（縦 3cm×横 2.4cm）　１枚 交付申請前６月以内に撮影した，無帽，正面，上三分身，無背景のもの。裏面に氏名及び生年月日を記載すること。 ・実務研修修了証明書の写し **・マイナンバーの本人確認書類　※必要書類は別添チェックシートを参照すること。**

（注意事項）申請書は，実務研修修了日から３月を超える日までに提出すること。

茨城県収入証紙貼付（３，１００円分）

(注)介護支援専門員の登録のみを申請する場合は，収入証紙は必要ありません。