様式第１号

　　　　年　　月　　日

福井県知事　様

申請者　住所

氏名

電話番号

介 護 支 援 専 門 員 登 録 申 請 書

　介護保険法第６９条の２の規定により介護支援専門員の登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員番号（※記入しない） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| フリガナ | |  |  | |  |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  |
| 氏　名 | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （西暦で記載してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 郵便番号 | | | | | |  | |  | | |  | | | | － | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都･道　　　　　郡　　　　　　　町 村  府･県　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アパート･マンション･寮の名称･号室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  （マイナンバー） | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 介護支援専門員実務研修受講試験合格年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員実務研修受講開始年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員実務研修受講修了年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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成年被後見人または被保佐人  ②禁錮以上の刑に処せられ，その執行を終わり，また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も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，また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また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また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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務場所  （介護支援専門員として業務を行う場合のみ記載） | | 事業所、施設、地域包括支援センター等の名称 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |

＊　添付書類

**・住民票**

**・介護支援専門員実務研修修了証の写し**

**・マイナンバーカードの写し（両面）※**

※マイナンバーカードをお持ちでない場合は次の①および②を添付してください

　　①個人番号確認書類（通知カードの写しまたは個人番号を記載した住民票 等）

　　②身元確認書類（運転免許証の写し 等）

**・戸籍抄本**（実務研修受講試験受験願書記載と氏名が変更になっている場合のみ）