

介護支援専門員登録申請書

年 月 日

群馬県知事 あて

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の規定に基づき介護支援専門員の登録を申請します。

私は、介護保険法69条の2第1項各号に掲げる欠格事由に係る事実の有無について、下記のとおりであることを誓います。

また、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。

申請者（本人）

連絡先電話番号

記

フリガナ			生年	西暦
氏名	(姓)	(名)	月日	年 月 日生
郵便番号	〒			
フリガナ				
住所	都道 府県	区市 郡	町 町村	
研修了年月日	西暦 年 月 日			
欠格事由	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 禁錮刑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政令で定めるものの規定により罰金刑に処せられ、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項の規定による介護支援専門員としての業務禁止の処分を受け、その禁止の期間中に自ら登録の消除を申請し、登録を消除されたが、まだ業務禁止期間が経過していない者 6 介護保険法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年を経過していない者 7 介護保険法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に決定する日までの間に登録の消除の申請をした者であって、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			有・無
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本（原本、6月以内に交付されたもの） <input type="checkbox"/> 住民票（原本、6月以内に交付されたもの、個人番号〔マイナンバー〕が記載されていないもの） <input type="checkbox"/> 実務研修修了証明書の写し			