

介護支援専門員登録申請書

ふりがな	
氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
ふりがな	
住所	〒 都道 区市 府県 町村
介護支援専門員 実務研修修了日	(西暦) 年 月 日
添付書類	■介護支援専門員実務研修修了証書の写し ■本人確認ができる書類(住民票、健康保険証・運転免許証・ パスポートの写し等)

介護支援専門員の登録を受けたいので、介護保険法第69条の2第1項の規定により申請します。

令和 年 月 日

島根県知事 様

申請者

住 所

氏 名

連絡先 () -

※裏面の誓約書も記入すること

【裏面】

介護保険法第69条の2第1項各号に掲げる欠格事由に関する誓約書

島根県知事 様

住所

氏名

私は、介護保険法第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は下記のとおりであることを誓約します。

令和 年 月 日

記

各事項について、「該当する」「該当しない」のいずれか一方に○をして下さい。

- 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者 ※ (該当する ・ 該当しない)
- 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 (該当する ・ 該当しない)
- 3 介護保険法その他介護保険法施行令第35条の2で定
める法律の規定により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 (該当する ・ 該当しない)
- 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 (該当する ・ 該当しない)
- 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 (該当する ・ 該当しない)
- 6 介護保険法第69条の39の規定による登録消除の処分
を受け、その処分の日から起算して5年経過していない者 (該当する ・ 該当しない)
- 7 介護保険法第69条の39の規定による登録消除の処分
に係る行政手続法第15条の規定による聴聞の通知があっ
た日から処分をする日又は処分をしないことに決定する日
までの間に自ら登録消除の申請をした者であって、登録を
消除された日から起算して5年を経過しない者 (該当する ・ 該当しない)

※「厚生労働省令で定める者」とは、「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」を指します。