**介護支援専門員証交付申請書(再研修)**

（あて先）　　埼玉県知事

　　以下のとおり申請します。

　※太枠内の項目を記入してください。日付はすべて西暦で記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 |  |  | | |  | | |  | | | | 年 | |  | | |  | | | | 月 | |  | |  | | | 日 | | 写真  縦3.0cm  横2.4cm  顔の大きさ  2cm程度  ６か月以内に撮影  ※写真2枚のうち1枚は申請書に貼付、もう1枚は他の添付書類とともに送付してください。裏面に氏名を記入 | | |
| フリガナ | （姓） | | | | | | | | | | | | | | | | （名） | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  |  | | |  | | |  | | | | 年 | |  | | |  | | | | 月 | |  | |  | | | 日 | |
| 介護支援専門  員登録番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録日 |  | |  | | |  | | |  | | | | 年 | |  | | |  | | | | 月 | |  | |  | | 日 | |
| 有効期間  満了日 |  | |  | | |  | | |  | | | | 年 | |  | | |  | | | | 月 | |  | |  | | 日 | |
| 住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |   フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住基ネット  利用の同意同意する場合は、必ずチェックをしてください | ※**埼玉県内に住所がある方**は次の同意欄にチェックをすることで住民票の提出を省略することができます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□　同意する** | | | | | | | | | | 私は、住民票の提出を省略するにあたり、埼玉県が「住民基本台帳ネットワークシステム」を使用して本人情報を確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅：　　　　　－　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日中の連絡先：　　　　　－　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 再　研　修  修了年月日 |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | 年 | | |  | | | |  | | | | 月 | |  | |  | 日 |
| 誓約  法令を確認のうえ、必ずチェックをしてください | **□　誓約する** | | | | | | | | | 私は、介護支援専門員として業務を行うに当たっては、介護保険法第６９条の３４から３７に規定される介護支援専門員の義務等に関する事項を遵守して業務を行うことを誓約します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | * 再研修の修了証明書の写し * 介護支援専門員登録証明書（Ａ４判と携帯用）の原本もしくは   介護支援専門員証の原本（写真付きのもの）  □住民票（個人番号の記載があるもの）  （過去３か月以内に交付され、「住民票コード」が記載されていないもの、コピー不可。  ※埼玉県内に住所がある方は、住基ネット利用の同意欄にチェックをすることで住民票の提出を省略できます。   * 交付手数料（３，２００円）の納付書兼領収書の本人控えの写し（金融機関の領収印が押されたもの）（納付書払いの場合のみ） * 写真（３×２．４ｃｍ）同じもの２枚※１枚は本申請書に貼付   （交付申請前６か月以内に撮影した無帽、無背景で正面、上三分身のもの。スナップ写真は不可）   * 戸籍抄本（氏名を変更した場合のみ、過去３か月以内に交付されたもの）※コピー不可 * 個人番号の本人確認書類（本人確認書類チェックリストをご確認の上、ご提出ください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※住所は住民票に記載されている内容で記入し、漢字にフリガナをつけてください。

　※本申請書に記載された事項は、介護保険制度の適正な実施を図るためにのみ使用します。なお、必要があるときは、記載された

　　　事項を他の行政機関または指定研修実施機関に対し、提示することがあります。

【参考】　（本紙は申請書とあわせて提出する必要はありません）

介護保険法（平成１８年４月１日施行／抜粋）

（介護支援専門員の義務）

第69条の34　介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスが特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

２　介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

（名義貸しの禁止等）

第69条の35　介護支援専門員は、介護支援専門員証を不正に使用し、又はその名義を他人に介護支援専門員の業務のため使用させてはならない。

（信用失墜行為の禁止）

第69条の36　介護支援専門員は、介護支援専門員の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

（秘密保持義務）

第69条の37　介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。介護支援専門員でなくなった後においても、同様とする。