

< 介護支援専門員証の返納届出書 >

フリガナ			生年 月日	昭和・平成 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)		
住 所	〒			
電話番号				
メールアドレス				
登録番号 ※8桁の番号				
介護支援専門員証 有効期間満了日	年 月 日			
返納理由	<p>該当する項目番号に○を付けてください。</p> <p>1 既に有効期間が満了しているため。</p> <p>2 亡失により返納できなかった介護支援専門員証を発見したため。 (該当する申請・届出内容の□に「✓」を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 交付申請 (様式第 1 号の 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 登録移転に伴う交付申請 (転出)</p> <p><input type="checkbox"/> 書換え交付申請 (様式第 3 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡等届出書 (様式第 4 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 登録消除申請書 (様式第 5 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 再交付申請書 (様式第 6 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 有効期間更新交付申請 (様式第 7 号)</p>			

以下、該当するものに○をつけて、署名してください。

介護保険法第 69 条の 7 第 6 項 (満了した証の返納、死亡等の消除、登録消除申請)

介護保険法施行規則第 110 条の 23 第 3 項 (書換交付)

上記により、介護保険法施行規則第 110 条の 24 (登録移転)

介護保険法施行規則第 110 条の 25 第 4 項 (再交付)

介護保険法施行規則第 110 条の 26 第 2 項 (更新申請)

に基づき、届出します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

氏 名

なお、添付書類である介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に、署名してください。

兵庫県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。

亡失した介護支援専門員証を発見したときは、直ちに返納します。

氏名 \_\_\_\_\_