**・介護保険法第69条の６第１号による手続き**

**＜ 介護支援専門員登録消除申請書 ＞**

**様式第５号**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 生年月日 | 昭和・平成年月　　日 |
| 氏　　名 | (姓) | (名) |
| 住　　所 | 〒 |
| 登録番号＊8桁の番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護支援専門員証交付の有無 | 有　・　無 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 登録消除を申請する理由 |  |
| 添付書類 | ・（交付されている場合）介護支援専門員証の原本・本人確認書類 |

**以下、署名してください。**

上記により、介護保険法第69条の６第１号に基づき、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