

～山形県介護支援専門員実務研修を修了した方へ～ 介護支援専門員の登録のみ行う手続き(登録申請)について

山形県介護支援専門員実務研修を修了したあと、山形県に登録申請すると、山形県介護支援専門員資格登録簿に氏名、生年月日、住所、実務研修の修了年月日、登録番号、登録年月日が登録されます。

※ この手続きでは、介護支援専門員証は取得できません！

介護支援専門員証を取得したい方は、「～山形県介護支援専門員実務研修を修了した方へ～ 介護支援専門員証を取得する手続き(登録・新規交付申請)について」をご覧ください。

※ 介護支援専門員証は取得できないため、この手続きをただけでは、介護支援専門員として勤務することはできませんので、ご注意ください。

1 登録申請の対象者

山形県が実施する介護支援専門員実務研修を修了した日から **3 か月** を経過して **いない方**

※ 欠格事由(様式第1号の2参照)に該当する方は、登録できません。

2 登録申請の申請期間

山形県介護支援専門員実務研修修了日(修了証書記載の年月日)～ **3 か月以内**

※ 実務研修修了日から **3 か月** を経過すると、登録できなくなります！

※ 登録できなくなった場合は、もう一度、実務研修を受講・修了する必要があります(受講料も改めて納入いただく必要があります)。

3 登録申請の必要提出書類

☒	項番	必要書類	備考
☐	ア)	様式第 1 号「介護支援専門員登録申請書 兼 介護支援専門員証交付申請書」	県証紙は不要
☐	イ)	様式第 1 号の 2「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誓約書」	
☐	ウ)	☐ ① (1) もしくは(2) の公的証明書類 1 セット 個人番号を証明する書類 1 点 身元を確認する書類 (1) マイナンバーカード裏面（写） マイナンバーカード表面（写） (2) 住民票の写し（マイナンバーの記載がある 6 ヶ月以内のもの、コピー不可） 運転免許証（写） パスポート（写） 顔写真のない公的証明書 2 点（写） 1 いずれか	公的証明書であれば左記以外でも受付可 ※マイナンバー通知カードは不可
☐	エ)	山形県介護支援専門員実務研修修了証書(コピー)	修了証書(原本)を紛失した場合は、ア) の「8 備考」に紛失の旨を記載すること
☐	オ)	返信用封筒（長形 3 号。320 円分切手貼付）	基本料金 110 円＋特定記録加算料金 210 円

1 いずれか

公的証明書であれば左記以外でも受付可
※マイナンバー通知カードは不可

4 登録申請の提出方法

手順1：提出様式の準備及び必要事項の記入

様式第1号（PDF） 様式第1号（Word）	様式第1号の2（PDF） 様式第1号の2（Word）
要	要

※ 自宅や勤務先、コンビニエンスストア等で印刷ができない場合は、郵送・FAXで送付することも可能です。請求する様式名とご連絡先を明記の上、下記提出先まで送付ください（郵送を希望の場合は返信用封筒及び切手を同封すること）。

手順2：介護支援専門員証登録申請書 在中」と記入のうえ下記提出先へ郵送。

【提出先】

〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号
山形県 健康福祉部 高齢者支援課 介護指導担当
TEL：023-630-3124／FAX：023-630-3321

5 登録の通知

山形県で登録申請を受け付けたら、山形県介護支援専門員資格登録簿に登録したことを、**受付から2週間程度で郵送により通知**します。ただし、**申請が集中する12月から翌年4月末までにつきましては、受付から30日程度**を要することがありますので、ご了承ください。

通知（A4 普通紙、提出いただいた返信用封筒で郵送）が届きましたら、介護支援専門員登録番号が記載されておりますので、大切に保管してください。

6 留意事項

- ・ **介護支援専門員として勤務する方は、この手続き（登録申請）ではなく、介護支援専門員証を取得する手続き（新規交付申請）を行ってください。**介護支援専門員証を取得せず、介護支援専門員の登録のみしている状態で介護支援専門員として勤務すると、介護保険法の規定により、登録消除の対象となります。
- ・ 介護支援専門員の登録をした日から5年間は、研修を受けることなく、介護支援専門員証を取得する手続き（新規交付申請）を行うことができます。しかし、**登録をした日から5年を経過すると、介護支援専門員再研修を受講しなければ、介護支援専門員証を取得する手続き（新規交付申請）を行うことができなくなりますのでご注意ください。**

兼 介護支援専門員登録申請書
介護支援専門員証交付申請書

【登録申請の記入例】

申請年月日を記入してください

令和〇年 〇月 〇日

山形県知事 殿

申請者 氏 名 山形 太郎

日中に連絡の取れる連絡先（携帯電話番号、勤務先電話番号等）を必ず記入してください

連絡先電話 自宅（ 〇〇〇 ） 〇〇〇 - 〇〇〇〇
日中（ 〇〇〇 ） 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

以下のとおり、申請します。

- ①介護支援専門員登録（既に登録されており、交付のみ申請する場合は——線で削除してください。）
②介護支援専門員証交付（交付を申請しない場合は——線で削除してください。）

他の 県証紙 4,200 円は 貼付不要です！ の適正な実施を図るために必要がある時は、登録簿に記載された事項を示すことに同意します。

山形県収入証紙貼付欄（4,200 円）

- ※ 「②介護支援専門員証交付」を申請される場合は、山形県収入証紙は不要です。
※ 「①介護支援専門員登録」申請のみで、「②」を申請しない場合は、山形県収入証紙は不要です。

フリガナを必ず記入してください
※記入漏れが散見されますので、提出前によく確認してください

フリガナを必ず記入してください
※記入漏れが散見されますので、提出前によく確認してください

1	フリガナ	ヤマガタ タロウ	フリガナを必ず記入してください ※記入漏れが散見されますので、提出前によく確認してください								
	登録者氏名	山形 太郎									
2	生年月日	(西暦) 1990 年 4 月 2 日									
3	フリガナ	ヤマガタケンヤマガタシマツナミ	フリガナを必ず記入してください ※記入漏れが散見されますので、提出前によく確認してください								
	住所 (住民票に記載された住所)	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 山形 都道 山形 郡 松波 〇丁目〇番〇号									
4	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇									
5	実務研修 修了年月日	(西暦) 2025 年 3 月 4 日	実務研修 修了証書番号 第〇〇〇〇〇号								
6	登録年月日	(西暦) 年 月 日	登録番号								
7	添付書類	☒ (1)、(2)のいずれかを提出してください <table><thead><tr><th>共通</th><th>個人番号を証明する書類 1 点</th><th>身元を確認する書類</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2"></td><td>(1) マイナンバーカード裏面 (写)</td><td>マイナンバーカード表面 (写)</td></tr><tr><td>(2) 住民票の写し (マイナンバーの記載がある 6 ヶ月以内のもの、コピー不可)</td><td>運転免許証 (写) パスポート (写) 顔写真のない公的証明書 2 点 (写)</td></tr></tbody></table> ☒ 実務研修の修了を証する書面 (写) ☒ 様式第 1 号の 2「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誓約書」 ☒ 登録申請のみの場合: 返信用封筒 (封筒に切手を貼り、登録通知の送付先を記入したもの) ☐ 介護支援専門員証 (写) ☐ 写真 1 点 ※ 6 ヶ月以内に撮影した無帽、正面、土三分身、無背景のもの ※ 裏側には、氏名及び実務研修修了番号 (既に登録済の場合は登録番号) を記入してください。 ☐ 登録から 5 年以上経過している場合: 再研修修了証書 (写)	共通	個人番号を証明する書類 1 点	身元を確認する書類		(1) マイナンバーカード裏面 (写)	マイナンバーカード表面 (写)	(2) 住民票の写し (マイナンバーの記載がある 6 ヶ月以内のもの、コピー不可)	運転免許証 (写) パスポート (写) 顔写真のない公的証明書 2 点 (写)	実務研修修了証書を参照しながらご記入ください。 ※紛失のため修了年月日・証書番号がご不明な方は、空欄で構いません。
共通	個人番号を証明する書類 1 点	身元を確認する書類									
	(1) マイナンバーカード裏面 (写)	マイナンバーカード表面 (写)									
	(2) 住民票の写し (マイナンバーの記載がある 6 ヶ月以内のもの、コピー不可)	運転免許証 (写) パスポート (写) 顔写真のない公的証明書 2 点 (写)									
8	備考	修了証書は紛失。修了年度は令和 6 年度。 実務研修修了証書を紛失した方は、その旨記入してください。 ※実務研修修了証書 (コピー) を提出できる方は、記入不要です。									

※ 様式第 1 号で「①介護支援専門員の登録」の場合は、以下の誓約書を必ず記入・提出してください。

既に登録されており、「②介護支援専門員証の交付」のみの場合は、不要です。

※ 各項目について、「該当する・該当しない」のどちらかに○印を記入してください。

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誓約書

申請年月日を記入してください

令和〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者ご本人の氏名を記入してください
※勤務する（予定の）事業所名や代表者氏名ではありません。

氏名山形 太郎

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。

記

いずれかに○をつけてください

	項目内容	○印記入欄
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	介護保険法その他の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 年を経過していない者	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 年を経過していない者	該当する 該当しない

※厚生労働省令で定める者は、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とする。