

(登録申請書添付用)

## 誓約書

介護保険法第 69 条の2第1項各号に規定する事項の該当の有無について、下記のとおりであることを誓約します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

事 項	該 当 の 有 無
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(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)	有 無
禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなるまでの者	有 無
介護保険法および介護保険法施行令第 35 条の 2 各号に掲げ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、または執行を受けることがなくなるまでの者	有 無
登録の申請前 5 年以内に居宅サービス等に関し不正または著しく不当な行為をした者	有 無
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の業務の禁止の処分を受け、その禁止の期間中に申請により登録を消除され、まだその業務禁止期間が経過しない者	有 無
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 年を経過しない者	有 無
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通知があった日から当該処分をする日または処分をしないことを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、当該登録を消除された日から起算して 5 年を経過しないもの	有 無

※該当の有無について、当てはまるものを○で囲んでください。

(あて先)滋賀県知事