**介護支援専門員証返納届出書**

（あて先）

　　埼玉県知事

　以下のとおり、介護支援専門員登録証明書（Ａ４判と携帯用）もしくは介護支援専門員証（**主任介護支援専門員証**）を返納します。

　※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日 |  | |  |  |  | 年 |  | |  | 月 |  |  | 日 |
| フリガナ | |  | | | | |  | | | | | | |
| 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 |
| 主任有効期間  満　　　了　　　日 |  | |  |  |  | 年 |  | |  | 月 |  |  | 日 |
| 住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |   フリガナ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅：　　　　　－　　　　－ | | | | | | | 日中の連絡先：　　　　－　　　　－ | | | | | |
| 返納理由 | * 介護支援専門員証（**主任介護支援専門員証**）の再交付を受けた後、亡失した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（**主任介護支援専門員証**）の原本を発見した。 * 介護支援専門員証の添付が必要な各種申請・届出時に、亡失により添付できなかった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（**主任介護支援専門員証**）の原本を発見した。 * 介護支援専門員の登録が消除された。 * 介護支援専門員登録証明書（Ａ４判と携帯用）もしくは介護支援専門員証が効力を   失った。   * **主任介護支援専門員証**が効力を失った。 * その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | * 介護支援専門員登録証明書（Ａ４判と携帯用）の原本 * 介護支援専門員証の原本 * **主任介護支援専門員証**の原本 | | | | | | | | | | | | |