**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
 |