

「介護支援専門員の登録消除」について

1 制度の概要

介護保険法第 69 条の 6 第 1 項の規定により、本人から登録消除の申請があった場合、介護支援専門員の登録を消除します。

2 提出書類

次の①～②を提出してください。③は、該当者のみ提出してください。

①「介護支援専門員登録消除申請書（様式第 9 号）」
②現在有する「介護支援専門員証」の原本 ※紛失している場合は、別紙「紛失届」を提出してください。 なお、旧介護支援専門員登録証明書については、A 4 版、携帯用の両方、又は、どちらか一方でも紛失している場合は、「紛失届」を提出してください。 ※「介護支援専門員証」の交付を受けていない登録のみの方は、介護支援専門員登録通知書の原本を添付してください。紛失している場合は、別紙「紛失届」を提出してください。
③紛失届【該当者のみ提出】 ※②介護支援専門員証の原本等を紛失している場合は、提出してください。

3 申請方法

窓口が混み合う場合がありますので、できるだけ郵送で提出をお願いします。手続きで不明な点がある場合は、広島県介護支援専門員協会へお問い合わせください。

申請区分	申請方法
(1) 郵送申請 *FAX 不可	申請書及び添付書類一式を広島県介護支援専門員協会に送付する。 【郵送先】 〒734-0007 広島市南区皆実町 1 丁目 6-29 広島県介護支援専門員協会 登録業務グループ
(2) 窓口申請	広島県介護支援専門員協会（広島県健康福祉センター 7 階）へ申請書及び添付書類一式を提出する。

4 注意事項

- ・申請書の記入漏れや添付書類に不備がある場合は、申請書及び添付書類の全てを返戻しますので、申請書の提出の際には、申請書類の確認をお願いします。
- ・申請書は、記入例を参照してください。特に、住所のフリガナ、登録番号、申請者名の記入漏れが多いので注意してください。

【 提出先・お問い合わせ先 】

一般社団法人広島県介護支援専門員協会 登録業務グループ

住 所 〒734-0007 広島県広島市南区皆実町1丁目6-29

広島県健康福祉センター 7F

電 話 082-258-5569（登録業務グループ）

- お問合せ及び窓口の時間は、8時45分～12時、13時～17時15分です。
- 申請書及び納付書送付依頼書の様式は、広島県介護支援専門員協会のホームページにも掲載しています。 <http://www.hcma.or.jp>（「ケアマネの輪」で検索してください）
トップページにある「介護支援専門員の登録更新等」のバナーをクリックしてください。



記入例

様式第9号（第9条関係）

介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ	カイゴ	ハナコ
氏名	(氏) 介 護	(名) 花 子
生年月日	昭和〇〇（19XX）年 〇〇月 〇〇日生	
フリガナ	ヒロシマケン ヒロシマシ ミナミク ミナミマチ 1-6-29	
現住所	〒734-0007 広島都道 広島府 広島市 南区 皆実町 1丁目 6-29 <i>フリガナを必ず記入してください。</i>	
電話番号	自宅：090-〇〇〇〇-△△△△	勤務先：
登録番号	3 4 0 0	0 0 0 0
申請理由	(例) 今後、介護支援専門員として従事することがないため。	<i>8桁の介護支援専門員登録番号を記入する。</i>
添付書類	・介護支援専門員証（旧介護支援専門員登録証明書、携帯用登録証明書）	

上記のとおり、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

必ず記入してください。

(申請者：介護支援専門員)

氏名 _____ 印

注 1 申請者が氏名を自署して申請する場合は、押印を省略することができる。
 2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

記入例

紛 失 届

私は、 _____ 広島 _____ 都道府県 知事が発行した次の証明書を紛失したことを
届け出ます。

紛失した証明書	証明書に記載の登録番号
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書 〔 <input type="checkbox"/> A4版 <input type="checkbox"/> 携帯用〕	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 (令和18年4月以降に発行したもの)	(8桁の数字)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員登録通知書	34000000

※登録のみで「介護支援専門員登録通知書がない場合、登録番号(8桁)を記入してください。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

必ず記入してください。

届出者 (介護支援専門員)

住所 広島県広島市南区皆実町1丁目6-29

氏名 _____ 介 護 花 子 _____ 印

押印してください。

介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ		
氏名	(氏)	(名)
生年月日	年	月 日生
フリガナ		
現住所	〒 都道 府県	
電話番号	自宅：	勤務先：
登録番号		
申請理由		
添付書類	・介護支援専門員証（旧介護支援専門員登録証明書，携帯用登録証明書）	

上記のとおり，介護支援専門員の登録の消除を申請します。

令和 年 月 日

広島県知事 様

(申請者：介護支援専門員)

氏名 _____ 印

- 注 1 申請者が氏名を自署して申請する場合は，押印を省略することができる。
2 用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。

紛失届

私は、 _____ 都道府県 知事が発行した次の証明書を紛失したことを届け出ます。

紛失した証明書	証明書に記載の登録番号
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書 〔 <input type="checkbox"/> A4版 <input type="checkbox"/> 携帯用〕	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 (令和18年4月以降に発行したもの)	(8桁の数字)
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録通知書	

令和 年 月 日

届出者 (介護支援専門員)

住所

氏名 _____ 印