

(様式第2号)

誓約書

年 月 日

長崎県知事 様

住所：

氏名：

㊞

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。

	項目内容	該当の有無 (該当する□にレ印を記入)
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 (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)	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
3	介護保険法又は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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
5	介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
6	介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
7	介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者(登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。)であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しない者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない