

## 千葉県認定特定行為業務従事者認定要綱

### 1 目的

この要綱は、認定特定行為業務従事者(経過措置を含む。)の認定において、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号。以下「法」という。)、社会福祉士及び介護福祉士法施行令(昭和62年政令第402号。以下「政令」という。)、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号。以下「省令」という。)、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成23年法律第72号。以下「改正法」という。)及び「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令」(平成23年厚生労働省令第126号。以下「改正省令」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定める。

### 2 認定特定行為業務従事者認定証の交付申請、交付及び登録

(1) 法附則第11条に定める認定証の交付申請をしようとする者は、省令別表第一号及び第二号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証交付申請書(省令別表第一号、第二号研修修了者対象)」(別記様式1)に、省令別表第三号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証交付申請書(省令別表第三号研修修了者対象)」(別記様式2)に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

ア 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年5月31日法律第27号)第2条第5項の規定による個人番号(以下「マイナンバー」という。)を記載していない住民票の写し

イ 「社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書」(別紙1-1)

ウ 喀痰吸引等研修の修了証明書の写し

(2) 前項の規定により交付を申請した者が、法附則第11条第2項の要件に適合し、同条第3項各号のいずれにも該当しないときは、知事は、省令別表第一号及び第二号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第一号、第二号研修修了者)」(別記様式3)に、省令別表第三号研修修了者にあつては、「認定特定行為業務従事者認定証(省令別表第三号研修修了者)」(別記様式4)に次に掲げる事項を記載して交付し、「認定特定行為業務従事者認定証登録簿」(別記様式5)により登録する。

ア 認定特定行為業務従事者の氏名及び生年月日

- イ 認定特定行為業務従事者が行う特定行為
- ウ その他必要な事項

### 3 認定特定行為業務従事者認定証の変更の届出等

- (1) 認定特定行為業務従事者は、省令附則第5条各号に掲げる事項に変更があったときは、省令附則第7条の規定により、遅滞なく、「認定特定行為業務従事者認定証変更届出書」(別記様式6)を知事に提出しなければならない。
- (2) 認定特定行為業務従事者は、省令附則第8条第1項の規定により、認定特定行為業務従事者認定証を汚損し、又は失ったときは、遅滞なく、「認定特定行為業務従事者認定証再交付申請書」(別記様式7)を、汚損した場合には当該認定特定行為業務従事者認定証を添えて、知事に提出しなければならない。
- (3) 認定特定行為業務従事者は、前項の申請をした後、失った認定特定行為業務従事者認定証を発見したときは、省令附則第8条第2項の規定により、速やかにこれを知事に返納しなければならない。

### 4 特定行為の業務停止及び認定特定行為業務従事者認定証の返納

- (1) 知事は、認定特定行為業務従事者が次の各号のいずれかに該当する場合には、法附則第11条第4項の規定により、「認定特定行為業務従事者認定取消書」(別記様式8)により、期間を定めて特定行為の業務を停止し、又はその認定特定行為業務従事者認定証の返納を命ずることができる。
  - ア 法附則第11条第3項各号(第5号を除く。)のいずれかに該当するに至った場合
  - イ 前号に該当する場合を除くほか、特定行為の業務に関し不正の行為があった場合
  - ウ 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた場合
- (2) 前項の規定により返納を命ぜられた認定特定行為業務従事者は、遅滞なく、知事にこれを返納しなければならない。
- (3) 第1項の規定により、期間を定めて特定行為の業務を停止した場合は、「業務停止処分に関する都道府県間連絡通知」(別記様式9)により、認定特定行為業務従事者認定証の返納を命じた場合は、「認定証返納処分に関する都道府県間連絡通知」(別記様式10)により、当該認定特定行為業務従事者へ認定特定行為業務従事者認定証を交付した都道府県知事に通知するものとする。

## 5 認定特定行為業務従事者認定の辞退

認定を受けた者が、喀痰吸引等業務を行う必要がなくなったときは、交付を受けた認定特定行為業務従事者認定証を添えて、認定を辞退する日の1月前までに、「認定特定行為業務従事者認定辞退届出書」（別記様式11）を知事に提出しなければならない。

## 6 認定特定行為業務従事者の死亡等届出

(1) 認定特定行為業務従事者が次のいずれかに該当するに至った場合には、当該各号に掲げる者は、遅滞なく、「認定特定行為業務従事者死亡等届出書」（別記様式12）により、知事に届け出なければならない。

ア 死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合 戸籍法（昭和22年法律第224号）に規定する届出義務者

イ 法附則第11条第3項第1号に該当するに至った場合 当該認定特定行為業務従事者又は同居の親族若しくは法定代理人

ウ 法附則第11条第3項第2号から第4号までのいずれかに該当するに至った場合 当該認定特定行為業務従事者又は法定代理人

(2) 前項の届出（同項アに掲げる者による届出に限る。）には、認定特定行為業務従事者認定証を添付しなければならない。

## 7 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の交付申請

(1) 改正法附則第14条第1項の規定による知事の認定を受けようとする者は、改正省令附則第4条第1項の規定により、「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書」（別記様式13）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

ア マイナンバーを記載していない住民票の写し

イ 「社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書」（別紙1-1）

ウ 喀痰吸引等に関する研修修了証明書（該当するものがある場合）及び修了した研修内容・研修時間を示す書類

エ 「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①本人誓約書」（別紙13-1）

オ 「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②第三者証明書」（別紙13-2）

カ 「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③実施状況確認書」（別紙13-3）

(2) 前項の規定により認定を申請した者が、法附則第11条第2項に規定する喀痰吸引等研修の課程を修了した者と同等以上の知識及び技能を有すると知事が認定したときは、改正法附則第14条第2項の規定により、「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・不特定多数の者対象）」（別記様式14）又は「認定特定行為業務従事者認定証（経過措置・特定の者対象）」（別記様式15）に次に掲げる事項を記載して交付し、「認定特定行為業務従事者認定証登録簿」（別記様式5）により登録する。

ア 認定特定行為業務従事者の氏名及び生年月日

イ 認定特定行為業務従事者が行う特定行為

ウ その他必要な事項

8 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）に係る変更の届出及び特定行為の業務停止等

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の交付を受けた認定特定行為業務従事者に係る変更の届出等、特定行為の業務停止及び認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の返納、認定特定行為業務従事者認定の辞退並びに認定特定行為業務従事者の死亡等届出については本要綱3から6までの規定を準用する。

附則 この要綱は平成24年2月27日から施行する。

この要綱は平成28年3月29日から施行する。

この要綱は令和元年12月14日から施行する。

この要綱は令和3年2月17日から施行する。

この要綱は令和4年7月19日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

別記様式 1

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書（省令別表第一号、第二号研修修了者対象）

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 ー ) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/ 修了証明書番号	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※ 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下のみ）	年 月 日/	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（半固形のみ）	年 月 日/		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（滴下及び半固形）	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

備考 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を受講した方は様式2により申請してください。

2 「受付番号」欄には記載しないでください。

3 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。

※人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。

4 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 1 マイナンバーを記載していない住民票（写）
- 2 申請者が法附則第 1 1 条第 3 項各号の規定に該当しないことを誓約する書面
- 3 喀痰吸引等研修の修了証明書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

千葉県知事

様

申請者 住所

氏名

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

(社会福祉士法及び介護福祉士法附則第十一条第三項)

- 一 心身の故障により特定行為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もの
- 二 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つた日から起算して二年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、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つた日から起算して二年を経過しない者
- 四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者
- 五 次項の規定により認定特定行為業務従業者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第十一条第三項第一号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により特定行為の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

法附則第十一条第三項第三号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、精神保健福祉士法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法、子ども・子育て支援法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、国家戦略特別区域法（第十二条の五第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。）、公認心理師法、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律、臨床研究法及び自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律の規定とする。

別記様式 2

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者認定証 交付申請書 (省令別表第三号研修修了者対象)

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 条に定める認定特定行為業務従事者の認定を受けたいので、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名			
	研修機関所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
	氏名 (特定の者)			
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/ 修了証明書番号	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
	3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/		
	4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

- 備考 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第一号、第二号研修 (不特定多数の者対象の研修) を受講した方は様式 1 により申請してください。
- 複数の対象者に対して認定を受ける場合は、その対象者ごとに申請書を作成してください。
  - 「受付番号」欄には記載しないでください。
  - 「氏名 (特定の者)」には、研修修了証明書に記載されている「対象者氏名」を記載してください。
  - 認定を受けようとする特定行為に「○」を記載してください。
  - 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- マイナンバーを記載していない住民票 (写)
- 申請者が法附則第 1 1 条第 3 項各号の規定に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等研修の修了証明書

別記様式 3

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証

(省令別表第一号、第二号研修修了者)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 10 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

千葉県知事



(裏面)

(注意)

- 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

別記様式 4

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証

(省令別表第三号研修修了者)

氏名

生年月日

登 録 年 月 日

登 録 番 号

対 象 者 氏 名

特 定 行 為 種 別

上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 10 条に定める認定特定行為業務従事者であることを証明する。

年 月 日

千葉県知事



(裏面)

(注意)

- 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この証明書は新たな証明書の交付をうけたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 としてください。

## 認定特定行為業務従事者認定証 登録簿

認定証登録番号	経過措置区分	氏名	登録年月日	生年月日	住所	修了研修種別	実施行為種別	研修機関名	研修修了日	対象者氏名 (特定の者)	更新日	取消日	取消番番号
							1. 口腔内の喀痰吸引 ※口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						
							1. 口腔内の喀痰吸引 ※口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						
							1. 口腔内の喀痰吸引 ※口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							2. 鼻腔内の喀痰吸引 ※鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ※気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)						
							4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ※胃ろうによる経管栄養						
							5. 経鼻経管栄養						

備考 1 「認定証登録番号」の欄は国で定める採番基準に従って記載してください。

2 「経過措置区分」の欄は、平成24年度以降の登録研修機関での研修を修了した者は「1」を、経過措置対象者として認定証を交付する者は「2」を記載してください。

3 「修了研修種別」には、当該者が修了した研修課程の番号(1～4)を記載してください。

1) 喀痰吸引及び経管栄養の全て：省令別表第一号研修(不特定多数の者対象)

2) 喀痰吸引等のうち口腔又は鼻腔において行われる喀痰吸引及び胃ろう又は腸ろうによる経管栄養：省令別表第二号研修(不特定多数の者対象)

3) 各喀痰吸引等行為の個別研修：省令別表第三号研修(特定の者対象)

4) 経過措置対象者

4 「実施行為種別」には研修を修了した行為の種類に「○」を記載してください。

※1. 人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その区分に「○」を記載してください。

※2. 経過措置の適用により「胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養」の特定行為について従事者の認定を受けた者であって、「胃ろう」のみの認定を受けているものはその区分に「○」を記載してください。

5 「修了研修種別」において「3」を選択した場合は、「対象者氏名(特定の者)」に実地研修を行った対象者の氏名を記載してください。「4」を選択した者で、対象者が限定される場合も同様に記載してください)

6 「研修修了日」には実地研修を修了した年月日を記載してください。

7 既に一度認定を受けた者が、認定行為の追加を受ける場合には、該当者の項目を更新してください。ただし、別表第三号研修を修了した者で行為対象者が変更(増える場合も含む)になる場合は、新たな項目を作成し、登録番号も別のものを割り当ててください。

別記様式 6

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者認定証 変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、認定を受けた内容を変更するため届け出ます。

認定証登録番号											
申請者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名							性別	男 ・ 女		
	住所	(〒 - )						都 道 市 区	府 県 町 村		
	電話番号										
変更が発生する事項							変更内容の概要				
1. 申請者氏名							(変更前)				
2. 申請者の住所							(変更後)				
変 更 年 月 日							年 月 日				

- 備考 1 「受付番号」の欄には記載しないでください。
- 2 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
- 3 変更が発生する項目に「○」を記載してください。
- 4 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載してください。
- 5 認定特定行為業務従事者認定証（写）を添付してください。
- 6 その他、変更内容が分かる書類（マイナンバーを記載していない住民票の写し等）を添付してください。



認定特定行為業務従事者 認定取消書

年 月 日

様  
(認定証登録番号： )

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条に定める認定特定行為業務従事者について、以下の事由により認定証の返納、業務停止を命じます。

	取消事由	処分
取消事由該当区分	1. 法附則第十一条第三項の各号（第五号を除く。）に該当するため	認定証返納／業務停止
	2. 特定行為の業務に関し不正の行為があったため	認定証返納／業務停止
	3. 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため	認定証返納／業務停止
	4. その他	認定証返納／業務停止
取消理由		

年 月 日

千葉県知事



業務停止処分に関する都道府県間連絡通知

年 月 日

(当該従事者へ認定証を発行した都道府県の) 知事 様

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 11 条に定める認定特定行為業務従事者について、以下の事由により特定行為の業務停止を命じることとしたため、連絡します。

認定 取消 対象 者	認定証登録番号		交付年月日			
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名				性別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号	—	)	都 道	市 区
				府 県	町 村	
	電話番号					
取消 事由 該当 区分	取消事由					
		1. 法附則第十一条第三項の各号（第五号を除く。）に該当するため				
		2. 特定行為の業務に関し不正の行為があったため				
		3. 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため				
	4. その他					
取消理由						

年 月 日

千葉県知事



認定証返納処分に関する都道府県間連絡通知

年 月 日

(当該従事者へ認定証を発行した都道府県の) 知事 様

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 11 条に定める認定特定行為業務従事者について、以下の事由により認定特定行為業務従事者認定証の返納を命じることが適当と思われるため、連絡します。

認定 取消 対象 者	認定証登録番号		交付年月日			
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名				性別	男 ・ 女
	住所	(郵便番号	—	)	都 道	市 区
		府 県		町 村		
	電話番号					
取消事由 該当区分	取消事由					
		1. 法附則第十一条第三項の各号（第五号を除く。）に該当するため				
		2. 特定行為の業務に関し不正の行為があったため				
		3. 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けたため				
	4. その他					
取消理由						

年 月 日

千葉県知事

㊟

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

**認定特定行為業務従事者 認定辞退届出書**

社会福祉士及び介護福祉士法附則第11条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、次のとおり辞退したいので届け出ます。

認定証登録番号									
フリガナ							生年月日	年 月 日	
氏名							性別	男 ・ 女	
住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村								
電話番号									
認定を受けた年月日	年	月	日	認定を辞退する予定年月日	年	月	日		
認定を辞退する理由									

- 備考 1 認定を辞退する日の一月前までに届け出てください。
- 2 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修（特定の者対象の研修）を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあつては、その認定証ごとに届出書を作成してください。
  - 3 「受付番号」欄には記載しないでください。
  - 4 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。
  - 5 認定特定行為業務従事者認定証を添付して下さい。

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者 死亡等届出書

届出者

氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

届出者と認定特定行為業務従事者との関係 (該当するものに☑)

本人  同居の家族

法定代理人 (具体的にご記載ください: \_\_\_\_\_ )

その他 (具体的にご記載ください: \_\_\_\_\_ )

社会福祉士及び介護福祉士法附則第 1 1 条に定める認定特定行為業務従事者の認定について、次のとおり届け出ます。

認定証登録番号									
フリガナ							生年月日	年 月 日	
氏名							性別	男 ・ 女	
認定を受けた年月日	年	月	日	届出事由が生じた年月日	年	月	日		
届出の内容 ※右のいずれかに○	1 死亡し、又は失踪の宣告を受けた 2 法附則第 1 1 条第 3 項第 1 号に該当するに至った 3 法附則第 1 1 条第 3 項第 2 号から第 4 号までのいずれかに該当するに至った								
上記 2 法附則第 1 1 条第 3 項第 1 号に該当するに至った場合、右欄に記載	心身の故障により業務に生じている支障について、具体的な内容をご記載ください。								
	上記に記載した業務への支障の原因と考えられる心身の故障の状態及び回復可能性等に関する医師の診断書等の証明書類を添付ください。その際、以下の記入欄に書類の概要をご記載ください。								

- 備考 1 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則別表第三号研修 (特定の者対象の研修) を修了した者であり、複数の対象者に対して認定を受けているものにあつては、その認定証ごとに届出書を作成してください。
- 2 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 3 「認定証登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

添付書類

- 1 認定特定行為業務従事者認定証 (届出内容が 1 の場合のみ)
- 2 届出内容が 1 の場合は戸籍抄本、住民票の写し (除票)、死亡診断書等、事実を確認できるもの
- 3 届出内容が 2 の場合は医師の診断書等の証明書類
- 4 届出内容が 3 の場合は確定判決書の写し等、事実を確認できるもの

受付番号	
------	--

年 月 日

千葉県知事 様

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けたいので、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名（該当するものがある場合）			
	研修機関所在地（該当するものがある場合）	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/修了書番号 (該当するものがある場合)	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/	
	※2 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記載してください。  
 ※1 人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。  
 ※2 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※2 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。
- 3 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- マイナンバーを記載していない住民票（写）
- 申請者が法附則第11条第3項各号の規定に該当しないことを誓約する書面
- 喀痰吸引等に関する研修修了証明証（該当するものがある場合）及び修了した研修内容、研修時間を示す書類
- 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①（本人誓約書）
- 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②（第三者証明書）
- 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③（実施状況確認書）

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①

本人誓約書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 性別 男 女 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 所属 \_\_\_\_\_

私は、下記について事実であることを誓約します。

記

（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係）

私は、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（# 1）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（# 2）を実施しています。（※）

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（# 3）

\* 以下の該当する項目について、□に「✓」をつけてください。

	通知名又は事業名（# 1）	実施可能な行為の範囲（# 2）
<input type="checkbox"/>	①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成 17 年 3 月 24 日医政発第 0324006 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 (チューブ接続及び注入開始を除く)

<input type="checkbox"/>	<p>⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象） （平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑥平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について（平成 23 年 10 月 6 日老発 1006 号第 1 号 厚生労働省老健局長通知）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑧平成 23 年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について（平成 23 年 11 月 11 日障発 1111 第 2 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(# 3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
（離職中の理由： \_\_\_\_\_）
- 通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

\* (#1)のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に(#1)にある通知名又は事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は適宜加えてください。)

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②

第三者証明書

年 月 日

千葉県知事 様

証明者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請者との関係 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

私は、下記について事実であることを証明します。

記

（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係）

申請者〇〇〇〇は、現在、介護の業務に従事しており、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（# 1）を以下の通知又は事業（# 2）に基づき実施しています。（※）

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（# 3）

\* 以下の該当する項目に「✓」をつけてください。

（# 1）

- 口腔内の喀痰吸引
- 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）
- 経鼻経管栄養

（# 2）

- ①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成 15 年 7 月 17 日医政発第 0717001 号 厚生労働省医政局長通知）
- ②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成 16 年 10 月 20 日医政発第 1020008 号 厚生労働省医政局長通知）

- ③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成17年3月24日医政発第0324006号 厚生労働省医政局長通知）
- ④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成22年4月1日医政発0401第17号 厚生労働省医政局長通知）
- ⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）（平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）
- ⑥平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について（平成23年10月6日老発1006号第1号 厚生労働省老健局長通知）
- ⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）
- ⑧平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について（平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

（#3）

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。  
（離職中の理由： \_\_\_\_\_）
- 通知又は事業に基づく研修は受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

\* （#2）のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	行 為 名
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

（※欄が足りない場合は適宜加えてください。）

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

年 月 日

千葉県知事

様

申請者

住所

電話 ( )

氏名

性別 男 女

生年月日

所属

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係)

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

- 喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引が適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証  
(経過措置・不特定多数の者対象)

氏名  
生年月日

登録年月日  
登録番号  
特定行為種別

上記の者は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年法律第72号)附則第14条に定める認定特定行為業務従事者(経過措置対象者)であることを証明する。

年 月 日

千葉県知事

㊟

(裏面)

(注意)

- 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この証明書は新たな証明書の交付を受けたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。

(表面)

認定特定行為業務従事者認定証  
(経過措置・特定の者対象)

氏名

生年月日

登録年月日

登録番号

特定行為種別

\_\_\_\_\_氏に対する\_\_\_\_\_の行為  
に限る。

上記の者は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 23 年法律第 72 号）附則第 14 条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置対象者）であることを証明する。

年 月 日

千葉県知事

Ⓢ

(裏面)

(注意)

- 1) この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡することはできない。
- 2) この証明書を紛失したときは、直ちに発行者に届け出なければならない。
- 3) この証明書は新たな証明書の交付をうけたとき、資格を失ったときは、直ちに発行者に返納しなければならない。