

別記様式 1 3

記入例 通知文エによる認定の場合

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

氏名・住所等を記入

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		施設による研修修了証明書の内容を記載
	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)	
	<input checked="" type="radio"/> 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/	
<input checked="" type="radio"/> ※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）

記入例 通知文エによる認定の場合

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。

該当するものにチェック

Table with 2 columns: 通知名又は事業名（#1） and 実施可能な行為の範囲（#2）. It lists four categories of care services and the corresponding suction methods (oral, nasal, tracheal) that can be performed. The fourth category is checked.

<input type="checkbox"/>	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」）	<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"/>	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）	<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"/>	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）	<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"/>	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）	<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。

該当するものにチェック

* (#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
記載不要		<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 _____

「第三者証明書」（別紙 13-2）の証明者は、厚生労働大臣の質疑応答に基づき「その者が勤める事業所長や主治の医師等」であること。

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

該当するものにチェック

（# 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）

該当するものにチェック

(#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
記載不要	<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）

チェックすること