

介護支援専門員死亡等届出書

年 月 日

愛知県知事殿

住所 (〒 -)

氏名

生年月日

当該介護支援専門員との続柄

電話番号

介護保険法第69条の5及び介護保険法施行規則第113条の13の規定により、次のとおり届出します。

フリガナ				(西暦)
介護支援専門員の氏名	(姓)	(名)	生年月日	年 月 日
登録番号			届出事由が生じた日	(西暦) 年 月 日
届出事由 ※該当する項目を○で囲むこと			添付書類等	
1 死亡した			<ul style="list-style-type: none"> 除籍謄本、抄本その他死亡が確認できる書面 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書 	
2 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となった			<ul style="list-style-type: none"> (別添) 心身の故障に係る届出書 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書 	
3 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に該当した			<ul style="list-style-type: none"> 確定判決書の写し又は確定判決の内容を記載した書面 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書 	
4 介護保険法その他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に該当した				

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。