

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 印

生年月日 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 介護支援専門員の氏名	(姓)	(名)	生年月日	(西 暦) 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(A4版及び携帯用) 	
2 成年被後見人又は被保佐人となった			<ul style="list-style-type: none"> 後見開始の審判又は保佐開始の審判に関する書面 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(A4版及び携帯用) 	
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(A4版及び携帯用) 	
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。