

介護支援専門員死亡等届出書

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

郵便番号 (〒 -)

住 所

氏 名 印
(自署の場合は押印省略可)

生年月日 年 月 日

電話番号 (- -)
※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください
当該介護支援専門員との続柄

介護保険法第 6 9 条の 5 及び介護保険法施行規則第 1 1 3 条の 1 3 の規定により、
次のとおり届出します。

フリガナ										生年月日	(西暦) 年 月 日
介護支援専門員 の氏名	(姓)	(名)									
介護支援専門員 登録番号										届出事由が生 じた年月日	令和 年 月 日
届出事由 ※該当する項目を○で囲むこと										添付書類チェック欄	
1 死亡した										<input type="checkbox"/>	①除籍謄本、抄本その他死亡が確認できる書面 ②介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証 明書(携帯用含む)の原本
2 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くな った										<input type="checkbox"/>	①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 旨が確認できる書面 ②介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証 明書(携帯用含む)の原本
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											
4 介護保険法その他国民の保健医療 若しくは福祉に関する法律で政令で 定めるもの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										<input type="checkbox"/>	①確定判決書の写し又は確定判決の内容を記載 した書面 ②介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証 明書(携帯用含む)の原本

介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(携帯用含む)の原本が添付できない場合
その理由 紛失 ・ その他 ()