

死亡等の届出書

申請日 年 月 日

静岡県知事 様

届出者住所 _____

届出者氏名 _____ 印
 （氏名を自署した場合押印不要）

電話番号（自宅） _____
 （携帯） _____

介護保険法第69条の5及び同施行規則第113条の13の規定により、次の介護支援専門員に係る届出をします。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
フリガナ	(〒 -)		
住所			
介護支援専門員 登録番号(8桁)		届出事由が発生 した年月日	年 月 日
該当事項（左欄の□にレ点をつけること）			届出者（同左）
<input type="checkbox"/>	死亡	<input type="checkbox"/>	相続人
<input type="checkbox"/>	成年被後見人又は被保佐人となるに至った	<input type="checkbox"/>	成年後見人 又は保佐人
<input type="checkbox"/>	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなるまでの者となるに至った	<input type="checkbox"/>	本人
<input type="checkbox"/>	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となるに至った	<input type="checkbox"/>	本人

<添付書類>

- 1 上の該当事項に該当することを証する書面
 （『死亡』の場合は、除籍謄本・抄本その他死亡が確認できる書面）
- 2 現に有する介護支援専門員証（原本）（または介護支援専門員登録証明書）

<留意事項>

- 1 「氏名」及び「住所」欄は、住民票に記載の内容のとおり記入すること。