

介護支援専門員死亡等届出書

年 月 日

栃木県知事 様

(申請者)

氏名 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

介護支援専門員との関係 _____

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、介護支援専門員の死亡等について届け出ます。

フリガナ 介護支援専門員の氏名	_____	生年 月日	_____年 月 日
フリガナ 住 所	〒 _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____		
登録番号	_____		
届出理由	<input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の5第1号該当（死亡した場合） <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の5第2号該当（心身の故障により介護支援専門員の業務を行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの（※）に該当） <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の5第3号該当 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 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若しくは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介護保険法施行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 </div> <p>※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</p>		
届出事由 発生年月日	_____年 月 日		
添付書類	1. 介護保険法第69条の5第1号該当 ・戸籍抄本等 2. 介護保険法第69条の5第2号該当 ・精神の機能の障害に関する医師の診断書等 3. 介護保険法第69条の5第3号該当 ・判決の確定証明等 4. 共通（介護支援専門員証の交付を受けている場合） ・介護支援専門員証		

【注意事項】

1. 生年月日及び届出事由発生年月日は西暦で記載すること。
2. 「届出理由」は、該当する□にレ印を記載すること。