

介護支援専門員死亡等届出書

西暦 年 月 日

神奈川県知事 殿

届出人氏名

届出人住所 〒

電話番号

自宅・勤務先・携帯・その他()

届出に係る介護支援専門員との関係(該当するものに○)

相続人 ・本人 ・ 法定代理人 ・ 同居の親族

次のとおり、介護支援専門員の死亡等について届け出ます。

届出に係る介護支援専門員			
フリガナ		生年月日 (西暦)	西暦 年 月 日生
氏名			
登録番号			
届出事由 ※ 該当する□にレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 登録を受けている者が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い者として厚生労働省令で定めるものに該当 <input type="checkbox"/> 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 <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に該当		
届出事由の生じた日	西暦	年	月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 届出事由の確認できる書類 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証または介護支援専門員登録証明書		

※1 届出に係る介護支援専門員の「氏名」、「登録番号」欄には、介護支援専門員証または介護支援専門員登録証明書に記載されている氏名、登録番号を記入すること。

※2 「生年月日」、「届出事由の生じた日」欄は、西暦で記入すること。

※3 「届出人住所」欄は、住民票に記載されている内容で記入すること。必ずフリガナを付し、郵便番号、都道府県名、市区町村名、地番、〇〇様方・〇〇号室など正確に記入すること。

※4 「電話番号」は、届出内容に関して確認をする場合があるため、平日の日中に連絡可能な番号を必ず記入すること。