

介護支援専門員死亡等届出書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

届出人	住所	電話番号： - -
	フリガナ	
	氏名	印

※氏名は記名押印又は自筆による署名

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、次のとおり介護支援専門員の登録を受けている者の死亡等について届け出ます。

届出人と介護支援専門員等との関係														
介護支援専門員等	フリガナ													
	氏名													
	生年月日 (西暦で記載)						年				月			日
	住所	〒 -												
	登録番号													
届出事由 (該当する□にレ印を記載)	<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（第69条の2第1項第1号に該当するに至った場合） <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の5第3号該当（次のいずれかに該当した場合） ・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 ・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の処せられ、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）													
届出事由発生 年月日(西暦で記載)						年					月			日
添付書類	・届出事由に該当することを証明する書類 ・介護支援専門員証（介護支援専門員証の交付を受けている場合）													