

介護支援専門員死亡等届

年 月 日

熊本県知事 様

氏 名
電話番号

下記のとおり、介護支援専門員の死亡等について届出ます。

なお、介護保険制度の適正な運営に必要があると県が認める場合は、県が他の行政機関及び指定研修実施機関に本書に記載した事項を提示することに同意します。

記

1 届出者

届出者と 介護支援専門員の関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (いずれか該当するものに☑を記入してください。)
--------------------	---

2 届出事由

介護支援専門員証 登録番号								
フリガナ				生年月日	年 月 日			
介護支援専門員の氏名								
フリガナ								
介護支援専門員の住所	〒							
届出事由発生日	年 月 日							

届出事由 (いずれか該当するものに☑を記入してください。)

- 介護支援専門員の死亡
- 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者
- 禁固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

添付書類

- 1 届出事由に該当することを証する書類
- 2 届出者と介護支援専門員の関係を証する書類 (届出者が介護支援専門員本人の場合は不要。)
- 3 介護支援専門員証の原本 (証を紛失した場合は紛失届 (第8号様式))