

介護支援専門員死亡等届出書

年 月 日

長崎県知事 様

住 所 :

届出者 氏 名 :

電話番号 : - -

(日中の連絡先 - - )

介護保険法第69条の5の規定により、介護支援専門員について、次のとおり届け出ます。

届出人と届出に係る介護支援専門員との関係 (該当する にレ印を記入)		本 人 相続人 後見人 保佐人	
届出事由	介護支援専門員が死亡したため 介護支援専門員が成年被後見人となったため 介護支援専門員が被保佐人となったため 介護保険法第69条の5第3号に該当したため ( 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当するに至ったため ) ( 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当するに至ったため )		
届出が必要になった事由が発生した日		年 月 日	
フリガナ			生 年 日
氏 名	(姓)	(名)	西暦 月 年 日
住 所	郵便番号	-	
	フリガナ		
	都・道 府・県	郡 市	町
	フリガナ (アパート・マンション・寮の名称・号室)		
登録番号		登 録 年月日	年 月 日
添付書類	届出に係る事由の発生を証明できる書類 介護支援専門員証(介護支援専門員登録証明書を含む。) * 交付されている方のみ		

(注意事項)

1 「届出事由」欄は該当する事項の にレ印を記入してください。