

介護支援専門員死亡等届出書

(様式5)

登録番号	
介護支援専門員登録証明書または介護支援専門員証の有無	有 ・ 無
氏 名	(加)-----
生 年 月 日	年 月 日
届出が必要な事項が発生した日	年 月 日

届出が必要になった理由 該当する番号に○を付けてください。	添付書類
1 死亡した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 除籍謄本、抄本その他死亡が確認できる書面 ・ 介護支援専門員証（原本）または介護支援専門員登録証明書（原本）（A4版・携帯用とも）
2 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した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後見開始の審判又は保佐開始の審判に関する書面又は心身の故障に係る届出様式 ・ 介護支援専門員証（原本）または介護支援専門員登録証明書（原本）（A4版 携帯用とも）
3 禁錮刑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した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確定判決書の写し又は確定判決の内容を記載した書面 ・ 介護支援専門員証（原本）または介護支援専門員登録証明書（原本）（A4版・携帯用とも）
4 介護保険法その他介護保険法施行令第35条の2で定める規定により、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した	

上記により、届出ます。

年 月 日

住 所 〒

昼間連絡先 TEL () -
(自宅・勤務先・携帯)

※あてはまるものに○をすること

氏 名

届出に係る介護支援専門員との続柄

京 都 府 知 事 様

※ 届出が必要な事項が発生した日より、**30日**以内に提出すること