

(様式第4号)

介護支援専門員死亡等届出書

(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり届け出ます。

※太枠内の項目を記入してください。日付はすべて西暦で記入してください。

届出日					年				月			日
フリガナ	(姓)					(名)						
届出者氏名												
登録を受けている者と届出者の関係	<input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 本人											
届出事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行令第35条の2で定める法律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											
届出者住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ											
連絡先電話番号	自宅 : - -						日中の連絡先: - -					
フリガナ	(姓)					(名)						
登録を受けている者の氏名												
生年月日					年				月			日
介護支援専門員登録番号												
登録日					年				月			日
有効期間満了日					年				月			日
主任有効期間満了日					年				月			日
	主任介護支援専門員証を持っている方のみを記入											
登録を受けている者の住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ											
届出事項の生じた日					年				月			日
備考												
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)の原本 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証もしくは主任介護支援専門員証の原本(写真付きのもの) <input type="checkbox"/> 届出事由に該当することを証明する書類											

※住所は正しく記入し、漢字にフリガナをつけてください。

※本届出書に記載された事項は、介護保険制度の適正な実施を図るためにのみ使用します。

埼玉県使用欄
事務処理日
証(旧証)回収

NC

C