

介護支援専門員死亡等届

年 月 日

群馬県知事 へ

下記の者について、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の規定に基づき届出します。

届出者 _____

下記介護支援専門員登録者との関係(_____)

連絡先電話番号 _____

記

フリガナ							
氏名							
郵便番号	〒						
フリガナ							
住所	都道府県	区市郡	町				村
生年月日	年	月	日生				
登録番号							
届出事由	1 介護保険法69条の5第1号 2 介護保険法69条の2第1項第1号該当 3 介護保険法69条の2第1項第2号該当 4 介護保険法69条の2第1項第3号該当						
添付書類	<input type="checkbox"/> 除籍抄本又は死亡証明書 (法第69条の5第1号該当の場合) <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 (法第69条の2第1項第1号該当の場合) <input type="checkbox"/> 判決の確定証明書等 (法第69条の2第1項第2号または第3号該当の場合) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本) (平成17年度以前に登録された方で、介護支援専門員証の交付を受けていない方は、介護支援専門員登録証明書(原本)及び携帯用介護支援専門員登録証明書(原本)又は都道府県知事登録通知書						