

介護支援専門員登録消除該当届出書

令和 年 月 日

(あて先)

秋田県知事

届出者

住 所 〒

氏 名

印

平日の日中に連絡可能な電話番号
()

連絡先の種別(自宅・携帯電話・勤務先)

勤務先の場合:名称()

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の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		生年月日	西暦	年	和暦	年
氏 名				月		日
		登録番号				
フリガナ						
住 所	〒 —					
届出事項 ※該当箇所へチェック☑を入れること	事 由		左欄の事項が生じた日			
	<input type="checkbox"/> 死亡		年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 成年被後見人		年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 被保佐人		年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑を宣告した判決の確定		年 月 日			
<input type="checkbox"/> 介護保険法等の規定により罰金以上の刑を宣告した判決の確定		年 月 日				
届出者と、この届出に係る介護支援専門員との関係	※該当箇所へチェック☑を入れること		<input type="checkbox"/> 相続人	<input type="checkbox"/> 後見人	<input type="checkbox"/> 保佐人	<input type="checkbox"/> 本人
添付書類	<input type="checkbox"/> 届出に係る事由の発生を証明できる書面 <input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員登録証明書(原本)又は介護支援専門員証(原本)					