

様式第 4 号

介護支援専門員登録消除事由該当届出書

年 月 日

(宛先) 秋田県知事

届出者氏名

介護保険法第 6 9 条の 5 及び介護保険法施行規則第 1 1 3 条の 1 3 の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		
氏名		
生年月日	西暦 年 和暦 年 月 日	
登録番号		
フリガナ		
住所	〒	
電話番号	電話番号 ( ) ※平日の日中に連絡可能な番号を記載してください。	
届出事由	事由	左欄の事由が生じた日
	<input type="checkbox"/> 死亡 (届出義務者：相続人)	年 月 日
	<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(※精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者) (届出義務者：本人又はその法定代理人若しくは同居の親族)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 拘禁刑以上の刑を宣告した判決の確定 (届出義務者：本人)	年 月 日
添付書類	<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 (届出義務者：本人)	年 月 日
	<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の原本 <input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員証の原本 ※ 一方しか所持していない場合は、登録証明書又は専門員証のどちらかを所持しているものを提出してください。	

※ この様式は、上記の届出事項に該当し、その事項を届け出る場合に使用します。