

介護支援専門員死亡等届出書  
兼 介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 (〒 - )

住 所

氏 名

登録者本人との続柄 ( )

連絡先電話 自宅 ( ) -

日中 ( ) -

以下のとおり、

①介護支援専門員死亡等の届出をします。(下欄の届出事由以外で消除を申請する場合は  
——線で削除してください。)

②介護支援専門員登録の消除を申請します。

1	フリガナ								
	氏 名								
2	登録番号								
①届出の事由に○印を記入	3	①届出の事由	添付書類						
	1	死亡した	<input type="checkbox"/> 除籍抄本又は謄本、又は当該事由が確認できる書面 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)						
	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者(※)に該当した  ※厚生労働省令で定める者は、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正に行うことができない者とする。	<input type="checkbox"/> 成年後見登記に係る登記事項証明書、又は当該事由が確認できる書面 <input type="checkbox"/> 心身の故障に係る届出書(様式第4号の2) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)						
	3	禁錮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	<input type="checkbox"/> 判決の確定証明又は当該事由が確認できる書面 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)						
4	4	介護保険法その他の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した	<input type="checkbox"/> 判決の確定証明又は当該事由が確認できる書面 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)						
4	①届出の事由が発生した日	年 月 日							
5	①届出の事由以外で、登録消除を申請する場合は、その理由を記入								