

(様式第 8 号)

介護支援専門員死亡等の届出書	
年 月 日	
愛媛県知事	様
住所	
申請者	
氏名	
電話番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒
登録番号	(8桁の番号を記入)
届出事由 ※該当する□欄にレ印を するか、黒く塗りつぶして ください。	<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 <input type="checkbox"/> 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 35 条の 2 で定めるもの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

添付書類

- 1 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書等
- 2 届出事項を証する書面

注(1) 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。