

(様式第5号)

## 介護支援専門員死亡等届出書

年 月 日

佐賀県知事 様

住 所：

届出者 氏 名：

日中の連絡先：

介護保険法第69条の5の規定により、介護支援専門員について、下記のとおり届け出ます。

届出人と届出に係る介護支援専門員との関係 (該当する に印を記入)		本人	相続人
		後見人	保佐人
届出事由	介護支援専門員が死亡したため 介護支援専門員が成年被後見人となったため 介護支援専門員が被保佐人となったため 介護保険法第69条の5第3号に該当したため 〔 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当するに至ったため 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当するに至ったため 〕		
届出が必要になった事由が発生した日		年 月 日	
フリガナ			
氏 名	(姓)	(名)	生年月日 年 月 日
住 所	フリガナ	都・道 区	
	〒	府・県 市・郡	
登録番号		登録年月日	年 月 日
添付書類	届出に係る事由の発生を証明できる書類 届出人と介護支援専門員との関係を証明する書類 介護支援専門員証 交付されている方のみ		

(注意事項)

1 「届出事由」欄は、該当する事項の に印を記入してください。

お預かりした個人情報は、介護支援専門員としての資格管理のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム (<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html>) をご覧ください。お問い合わせは、県長寿社会課 介護指導担当までお願いします。[ 0952-25-7105 (直通)、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp ]