

死亡等の届出書

年 月 日

沖縄県知事 様

（届出者）氏名

住所

携帯番号：
その他連絡先（職場等）：

※平日の日中に連絡可能な番号を記入してください。

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の5及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第113条の13規定に基づき、下記により届け出ます。

記

介護支援専門員の ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日
介護支援専門員 の登録番号	
介護支援専門員の 住所	〒
届出の内容	
上記の事項に該当 するに至った年月日	年 月 日
届出人の 介護支援専門員 との関係	相続人・後見人・保佐人・本人 (該当する項目に○をすること。)
備考	

(注意事項)

- 「届出の内容」欄には、介護保険法第69条の5第1号から第3号までのうち該当する事項を記入すること。
第1号死亡した場合 その相続人
第2号法第69条の2第1項第1号に該当するに至った場合 その後見人又は保佐人
第3号法第69条の2第1項第2号又は第3号に該当するに至った場合 本人
- 介護支援専門員が介護保険法第69条の5各号のいずれかに該当することを証する書面を添付すること。
- 介護支援専門員証の原本を添付すること。なお、原本を郵送で提出する場合には、事故等による紛失を避けるため「簡易書留」での郵送を推奨する。
- 届出があったとき、介護支援専門員の登録を消除する。