（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：　　ー　　ー

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 〒　　ー 都・道 府・県　　区 市・郡 フリガナ			
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 介護人材担当までお願いします。[℡0952-25-7105（直通）、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp]