様式第４号

　　　　年　　月　　日

福井県知事　様

申請者　住所

氏名

電話番号

介 護 保 険 法 第 ６ ９ 条 の ５ の 届 出 書

　このことについて、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| この届出に係る介護支援専門員 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | （西暦で記載してください。） |
| 住　所 | 　　　　　都･道　　　　　郡　　　　　　　町 村府･県　　　　　市　　　　　　　区 |
|  |
| アパート･マンション･寮の名称･号室 |
| 届出事項(該当する□にレ印) |  | 左欄の事項が生じた日 |
| □　死亡 | 年　　月　　日 |
| □　失踪宣告 | 年　　月　　日 |
| □　成年被後見人□　被保佐人 | 年　　月　　日 |
| □　禁錮以上の刑を宣告した判決の確定 | 年　　月　　日 |
| □　介護保険法等の規定により罰金刑以上の刑を宣告した判決の確定 | 年　　月　　日 |
| 申請人と届出に係る介護支援専門員との関係(該当する□にレ印) | □相続人　□後見人　□保佐人□本人　□親族（続柄　　　　　） |

＊　不明な事項は、不明と記載してください。

＊　添付書類

**届出に係る事由の発生を証明できる書類**