

介護支援専門員登録消除届出書

1 登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--

2 登録消除の理由（該当する理由の記号に○をつける）

理 由	届け出る者
ア 死亡	・ 相 続 人
イ 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 <u>厚生労働省令で定めるもの</u> （厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。）	・ 本 人 ・ 法定代理人 ・ 同居の親族
ウー1 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するに至ったこと。	・ 本 人
ウー2 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するに至ったこと。	・ 本 人

上記の事項に該当することとなったので、届け出ます。

年 月 日

届出者

住 所 〒

氏 名

連 絡 先 TEL

本人との関係

宮城県知事

殿

（注） 添付書類は次のとおりとする。

- 1 現に有する介護支援専門員証（介護支援専門員登録証明書）
- 2 上記理由に該当することを証する書面