

介護支援専門員の登録を削除する手続き(死亡等届出・登録削除申請)について

山形県に登録している方（本人）が、死亡等法令で規定する事由に該当することとなった場合、その旨を届け出なければならないこととされています。この届出があった場合、登録は削除されます。

また、登録者本人の希望により登録の削除申請があった場合も、登録は削除されます。

※ 法令で規定する事由に該当することとなったため登録を削除された場合、その後5年間は再び登録することができなくなります。

※ 登録を削除された後に再び登録するためには、介護支援専門員実務研修を受講し直す必要があります。

1 死亡等届出・登録削除申請の届出義務者・申請者、届出・申請期間、必要提出書類

項目		届出				申請
		① 本人が死亡した場合	② 本人が被成年後見人または被保佐人に該当した場合	③ 本人が禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなるまでの者に該当した場合	④ 介護保険法その他の介護保険法施行令第三十五条の二で定める法律の規定により、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けるまでの者に該当した場合	⑤ ①～④以外の事由により登録している本人が削除を希望する場合
届出しなければならない場合 申請できる場合						
死亡等届出・登録消除申請の届出義務者・申請者		相続人	後見人または保佐人	本人		
届出・申請期間		死亡した日、または死亡の事実を相続人が知った日～30日以内	登録している本人が各事由に該当することになった日～30日以内			
必要提出書類 ※○のついて いる書類が 必要提出 書類です。 ※場合により、必要提出書類は異なります。	ア) 様式第4号「介護支援専門員死亡等届出書兼 介護支援専門員登録消除申請書」	○	○	○	○	○
	イ) 様式第4号の2「心身の故障に係る届出書」	—	○	—	—	—
	ウ) 除籍抄本又は謄本、又は当該事由が確認できる書面（住民票の除票、死亡届の写し、死亡診断書の写し等） <u>※除籍抄本又は除籍謄本、住民票の除票については、コピー不可（市区町村の担当課等で発行された書類の原本を提出してください）。6か月以内のものに限ります。</u>	○	—	—	—	—
	エ) 成年後見登記に係る登記事項証明書 <u>※コピー不可（法務局から交付された書類の原本を提出してください）。6か月以内のものに限ります。</u>	—	○	—	—	—
	オ) 判決の確定証明 <u>※コピー不可（裁判所から交付された書類の原本を提出してください）。6か月以内のものに限ります。</u>	—	—	○	○	—
	カ) 介護支援専門員証（原本） ※現にお持ちの介護支援専門員証を提出してください。 <u>※介護支援専門員証を紛失した場合は、ア)の余白に「介護支援専門員証は紛失」と記載してください。</u>	○	○	○	○	○

2 死亡等届出・登録消除申請の提出方法

手順1：次の①または②のいずれかの方法により、提出様式をご準備ください。

- ① [様式第4号 \(PDF\)](#)（「②本人が被成年後見人または被保佐人に該当した場合」は、追加で[様式第4号の2 \(PDF\)](#)）をダウンロードのうえ印刷し、必要事項を記載してください。
- ② [様式第4号 \(Word\)](#)（「②本人が被成年後見人または被保佐人に該当した場合」は、追加で[様式第4号の2 \(Word\)](#)）をダウンロードのうえ必要事項を入力し、印刷してください。

※ 自宅や勤務先、コンビニエンスストア等で印刷ができない場合は、郵送・FAXで送付することも可能です。請求する様式名とご連絡先を明記の上、下記提出先まで送付ください（郵送を希望の場合は返信用封筒及び切手を同封すること）。

手順2：上記1の必要提出書類がすべてそろったら、下記提出先まで郵送してください。その際、封筒表面に「介護支援専門員死亡等届出書兼消除申請書 在中」と記入してください。

※ 原則として、下記提出先窓口への持参提出は受け付けていません。

【提出先】

〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号

山形県 健康福祉部 高齢者支援課 介護指導担当

TEL：023-630-3124／FAX：023-630-3321

3 死亡等届出書・登録消除申請受付後の通知

（1）死亡等届出書（上記1①から④の場合）に対する通知

山形県で死亡等届出書を受け付けたら、山形県介護支援専門員資格登録簿から登録を消除します。なお、死亡等届出の提出をしたら、手続きは終了です。その後、登録を消除したことについて山形県からの通知はありませんのでご了承ください（行政手続法と介護保険法で、登録消除の届出は、都道府県知事が通知を行う必要のない行為として定められているため）。

（2）登録消除申請（上記1⑤の場合）に対する通知

山形県で登録消除申請を受け付けたら、山形県介護支援専門員資格登録簿から登録を消除したことを、受付から2週間程度で登録していた住所または指定の住所（下記備考参照）へ郵送により通知します。ただし、申請が集中する12月から翌年4月末までにつきましては、受付から30日程度を要することがありますので、ご了承ください。

通知（A4 普通紙を同封した長形3号の封筒）が届きましたら、登録が消除されたことをご確認ください。

【備考：登録消除申請に対する通知を登録していた住所以外（現住所等）に郵送希望の方へ】

登録消除申請に対する通知は、登録していた住所宛てに郵送します。

登録していた住所以外の住所（登録時の住所とは異なる現住所等）に郵送することをご希望の方は、当該住所を上記1の必要提出書類アの余白に「〒990-0000 山形県山形市〇〇1-1-1」のように記入してください。

※ 別途、返信用封筒をご用意いただく必要はありません。

介護支援専門員死亡等届出書
兼 介護支援専門員登録消除申請書

令和〇年 〇月 〇日

山形県知事 殿

申請者 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)
住所 山形県山形市松波 〇丁目〇番〇号
氏名 山形 太郎

日中に連絡の取れる連絡先（携帯電話番号、勤務先電話番号等）を必ず記入してください

登録者本人との続柄 (子)
連絡先電話 自宅 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
日中 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

- 以下のとおり、
- ①介護支援専門員死亡等の届出をします。（下欄の届出事由以外で消除を申請する場合は _____ 線で削除してください。）
 - ~~②介護支援専門員登録の消除を申請します。~~

1	フリガナ	ヤマガタ ハナコ		登録を消除される本人について記入してください				
	氏名	山形 花子						
2	登録番号							
①届出の事由に○印を記入	①届出の事由			添付書類				
	1 死亡した			☐ 除籍抄本又は謄本、又は当該事由が確認できる書面 ☐ 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)				
	2 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厚生労働省令で定める者(※)に該当した ※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正に行うことができない者とする。			☒ 成年後見登記に係る登記事項証明書、又は当該事由が確認できる書面 ☒ 心身の故障に係る届出書様式第4号の2 ☐ 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)				
	3 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した			☐ 判決の確定証明又は当該事由が確認できる書面 ☐ 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)				
	4 介護保険法その他の介護保険法施行令第35条の2で定める法律の規定により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した			☐ 判決の確定証明又は当該事由が確認できる書面 ☐ 介護支援専門員証(原本)又は介護支援専門員登録証明書(原本)				
4	①届出の事由が発生した日		令和〇年 〇月 〇日					
5	①届出の事由以外で、登録消除を申請する場合は、その理由を記入		介護支援専門員証（原本）を紛失した場合、その旨余白に記入してください。 ※後日、介護支援専門員証を発見した場合、介護支援専門員証を山形県に郵送してください。					

介護支援専門員証は紛失。

登録を削除される本人が、被成年後見人又は被保佐人に該当した場合にのみ記入してください。

【記入例】

心身の故障に係る届出書

令和〇年 〇月 〇日

山形県知事 殿

下記のとおり、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について届け出ます。

- (1) 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の氏名
(記入できる部分をご記入ください。)

登録を削除される本人について
記入してください

氏 名 : 山形 花子
生年月日 : (西暦) 1940 年 4 月 2 日
登録番号 : 06989999

- (2) 心身の故障により業務に生じている支障について、具体的な内容をご記入ください。

登録を削除される本人が、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正に行うことができないことがわかる具体的内容を記入してください

- (3) (2)に記載した業務への支障の原因と考えられる心身の故障の状態及び回復可能性等に関する医師の診断書等の証明書類を添付ください。その際、以下の記入欄に書類の概要をご記入ください。

医師の診断書(別添のとおり)

- (4) 届出者の氏名及び(1)に記載した者との関係

氏名 : 山形 太郎
住所 : 山形県山形市松波 〇丁目〇番〇号

- (1)に記載した者との関係(該当するものに☑)

- ☐ 本人
☒ 同居の親族
☐ 法定代理人(具体的にご記載ください:)
☐ その他(具体的にご記載ください:)