

死 亡 届

鹿児島県精神保健福祉センター所長 殿

下記の者について、死亡したため届出ます。

年 月 日

自立支援医療費（精神通院）受給者証		精神障害者保健福祉手帳	
受給者証番号		手帳番号	
原本添付	（ 有 ・ 無 ）	原本添付	（ 有 ・ 無 ）

(受給者・手帳所持者) 氏 名	
(受給者・手帳所持者) 住 所	
(受給者・手帳所持者) 生 年 月 日	
(受給者・手帳所持者) 死 亡 日	

届出者の住所	
届出者の氏名	