

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 | |