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	