

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（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）を（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）の原本を添えて返納します。

令和 年 月 日

受給者・手帳所持者の住所

受給者・手帳所持者の氏名

受給者番号・手帳番号

死亡日 令和 年 月 日

届出者の住所

届出者の氏名
(自署又は記名押印)