第　　　　号

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

年　　月　　日

身体障害者死亡通知書

福祉事務所・町村長　印

**固定文言１**

下記の者について、死亡が確認されたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 生年月日 |  | |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | | |
| 手帳番号 |  | 交付年月日 | |  |
| 障 害 名 |  | | | |
| 死亡年月日 |  | | | |

**固定文言２**

（注）当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

**余白１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　 FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

【問い合わせ先】

問い合わせ先市町村名

問い合わせ先名称

問い合わせ先郵便番号

問い合わせ先住所

問い合わせ先電話番号

その他（担当者、内線番号など）

【問い合わせ先】

問い合わせ先市町村名

問い合わせ先名称

問い合わせ先郵便番号

問い合わせ先住所

問い合わせ先電話番号

その他（担当者、内線番号など）