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)