様式第8号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 身体障害者死亡通知書発　　番　　号　　年　　月　　日　　都道府県知事　　様福祉事務所の長国頭村長㊞下記の者について、　　年　　月　　日をもってその死亡が確認されたので通知する。記氏名居住地生年月日 |
|  | 手帳番号 |  | 交付年月日 |  |  |
|  | 障害名 |  | 死亡年月日 |  |  |
|  |

(注)当該身体障害者の死亡を確認できる書類等を添付すること。