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。