

第9号様式（第7条関係）

死 亡 届  
(心身障害者医療費)

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記の者が死亡しましたので届けます。

死亡者氏名

〃 住所

死亡年月日

受給資格証 受給者番号

(注) この届出の際に、受給資格証を返還してください。