第11号様式

死亡届

(精神障害者医療費)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定 |  | 課長 | 課長補佐 | 課長補佐 | 係 | 決裁年月日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 台帳整理 | 　 |

(注)　精神障害者医療費受給資格証をお持ちの方は、受給資格証を提出してください。