|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  年　　月　　日  高知県知事　　　　　様  土佐清水市福祉事務所長　　㊞  下記の者について，　　年　　月　　日をもって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。