|  |
| --- |
| 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。