身 体 障 害 者 死 亡 通 知 書

下記のとおり、身体障害者手帳を交付された本人が死亡している事実を確認したので、身体障害者福祉法施行令第１２条第２項の規定により通知します。

島　根　県　知　事　様

年　　月　　日

長　　㊞

記

氏名	生年月日	手帳番号	死亡年月日	備考