死亡届

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）受給資格者氏名 |  |
|  |
| 住所 |  |
| 上記理由が発生した日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

　　上記のとおり、受給資格者が死亡したので届け出ます。

　　　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名

　　伊豆の国市福祉事務所長　様