

死 亡 届

令和 ● 年 ● 月 ● 日

横浜市社会福祉協議会会長

(届出者)

住 所 〒321-△△△△
神奈川県横浜市西区○○町△-△

注1) 所属先名について
届出時点での所属していた養成機関名も
しくは勤務先名を記入してください。

名 桜木 太郎
号 045-456-△△△
との関係 父(連帯保証人)

下記の借受先より親家庭高等職業訓練促進資金の借受人が死亡したので、届け出ます。

借受人番号	00 KN 000	借受人氏名	桜木 花子
養成機関又は施設・事業所名	医療法人桜○会 野○山病院		
死亡年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日		
死亡原因	死亡原因を記入してください。		

(添付書類) 死亡の事実を証明する書類