

様式第8号

11	乳 幼 児
29	心 身 障 害 者
41	精 神
59・69	母 子 ・ 父 子 等

大 町 市 福 祉 医 療 費 特 別 給 付 金
受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

大 町 市 長 殿

氏 名 (印)

(電話番号)

下記のとおり、再交付を申請いたします。

市町村番号	0	1	2	事業番号							受給者氏名	
受給者番号											(生年月日)	
紛失事由												
破損事由												
その他												
処理状況												