

様式第8号

83	乳幼児・児童
85	ひとり親
87	障害児

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 ⑩

(電話番号)

下記のとおり、再交付を申請いたします。

公費負担者番号									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										