

(様式第 5 号)

決						受付	年	月	日
						決定	年	月	日
裁						交付	年	月	日

重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書					
受給登録証の記号番号					
助 成 対 象 者	ふりがな 氏名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日			
	住所				
		性別			
	住所				
備 考					
大町町重度心身障害者医療費受給資格証を紛失・破損したので、受給資格証の再交付を申請します。					
年 月 日					
大町町長 様					
申請者 住所 氏名					
⑩					