

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分	新規申請 / 継続申請 / 転入申請 / その他申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 老人保健からの障害認定継続のため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため （その他の理由）	
所有手帳又は証書書類	<input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て