

(様式第1号)

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		男・女
個人番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証書種類	次の書類のとおり。 <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の市（区）町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

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

申請者 氏名

印