

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
被保険者番号		
個人番号		
フリガナ		
氏名		性別 男・女
生年月日	年 月 日	
住所 (施設名及び施設所在地)		

届出区分	1 新規	2 変更	3 喪失
------	------	------	------

届出事由・発生年月日 (該当事由の□にレ印を記入すること。)	<b>1 新規</b> <input type="checkbox"/> 他の市区町村から転入 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記事由発生年月日 ( 年 月 日 )
	<b>2 変更</b> <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県内) <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記事由発生年月日 ( 年 月 日 )
	<b>3 喪失</b> <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県外) <input type="checkbox"/> 障害認定非該当 <input type="checkbox"/> 障害認定取下げ <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記事由発生年月日 ( 年 月 日 )

添付（確認）書類 (添付(確認)書類の□にレ印・( )内に等級等を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 国民年金証書 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) <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 ( )
--	---

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて申請・届出します。

年 月 日

市町村処理欄		広域連合処理欄	
システム 入力年月日	・ ・	認定・却 下年月日	・ ・ ~ ・ ・
担当者 証明	上記書類を添付します。 (公簿等で確認済です。)		広域連合受付年月日 ・ ・ システム確認済 <input type="checkbox"/>