

**記入例**

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	広域 太郎	本人との関係	子
届出者住所	徳島市川内町平石若松78番地1	連絡先電話番号	088-677-3666

	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号	77777777	
個人番号	777777777777	
フリガナ	コウイキ ハナコ	
氏名	広域 花子	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和7年 7月 7日	
住所 (施設名及び施設所在地)	771-0137 徳島市川内町平石若松78番地1	
届出区分	<input checked="" type="radio"/> 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。)	1 新規 <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 ) 2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input checked="" 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 (      令和3年 4月 1日 ) 3 喪失 <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 (      )	
添付書類 (添付書類の□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・届出いたします。

令和3年〇〇月〇〇日

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	・	広域連合受付年月日	・
担当者 証明	上記書類を添付します。(公簿等で確認済です。)			システム確認済	<input type="checkbox"/>