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 |  |  |
| 申請事由 |  |  |
|  |  |
| 所有手帳又は証書種類 |  |  |
| (宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長  　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 | | |