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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |