

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	
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			
住所			
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 喪失申請		
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため （ ） <input type="checkbox"/> 障害認定の資格を変更したため <input type="checkbox"/> 障害認定の資格を喪失したため （ 障害等級の変更 ・ 障害認定の撤回 ）		

所有手帳 又は 証書 種類	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	
	精神障害手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	国民年金証書	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	障害種別その他		

福井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 ⑩