

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（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	

項 目	申 請 の 内 容		備 考
フリガナ		男 女	
氏 名			
個 人 番 号			
生 年 月 日	昭和 年 月 日生		
住 所	〒		
申 請 区 分	新規 ・ 喪失 ・ その他（ ）		
申 請 事 由			
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳（ 1 級・2 級・3 級・4 級 ） 療育手帳（ A1・A2 ） 精神障害手帳（ 1 級・2 級 ） 国民年金証書（ 1 級・2 級 ） その他 （ ）		

大分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

資格取得（喪失）年月日	年 月 日	証処理	交付：窓口・郵送（ / ）
-------------	-------	-----	---------------

届出者名	広域 太郎	本人との関係	子
届出者住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇-〇	連絡先電話番号	097-●●●●-●●●●

項目	申請の内容		備考
フリガナ	コウイキ イチロウ	男	
氏名	広域 一郎	女	
生年月日	昭和 ** 年 1 月 1 日生		
個人番号	●●●●●●●●●●●●●●		
住所	〒870-0000 大分市〇〇町〇〇丁目〇-〇		
申請区分	新規 喪失 ・ その他 ()		
申請事由	新規に障害認定されたため		
所有手帳又は証書類	身体障害者手帳 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級) 療育手帳 (A1 ・ A2) 精神障害手帳 (1 級 ・ 2 級) 国民年金証書 (1 級 ・ 2 級) その他 ()		

大分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。

令和 *** 年 4 月 1 日

申請者 氏名 広 域 一 郎

資格取得（喪失）年月日	年 月 日	証処理	交付：窓口・郵送 (/)
-------------	-------	-----	----------------