

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	記入した人の情報	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	障害認定の適用をやめたい人の情報	
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証書類	認定の対象となる書類の名称	

(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

障害認定の適用をやめたい人の情報

申請者 任所
氏名