様式第１号（第２条関係）

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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 | 新規申請 ／ 継続申請 ／ 転入申請 ／ その他申請 |  |
| 申請事由 | □　新規に障害認定されたため  □　老人保健からの障害認定継続のため  □　障害認定が継続されたため  □　転入前に障害認定されたため  □　その他の理由により障害認定されたため |  |
|  | （その他の理由） |  |
| 所有手帳又は証書書類 | □　国民年金証書（　　　　　　　　　　　　）  □　身体障害者手帳（　　　　　　　　　　　　）  □　診断書  □　転入前の広域連合長の障害認定証明書  □　その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| 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  茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛て | | |

様式第１号（第２条関係）

　記入例

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 | **後　期　　一　郎** | 本人との関係 | **子** |
| 届出者住所 | **△△県□□市2-2** | 連絡先電話番号 | **123（456）7890** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新規（変更・喪失） | 変更前 |
| フリガナ | **コウキ　　タロウ** |  |
| 氏名 | **後　期　　太　郎** |  |
| 個人番号 | **１２３４５６７８９０１２** |  |
| 生年月日 | **大正　○○年　××月　△△日** |  |
| 住所 | **△△県□□市2-2** |  |
| 申請区分 | 新規申請 ／ 継続申請 ／ 転入申請 ／ その他申請 |  |
| 申請事由 | ☑　新規に障害認定されたため  □　老人保健からの障害認定継続のため  □　障害認定が継続されたため  □　転入前に障害認定されたため  □　その他の理由により障害認定されたため |  |
|  | （その他の理由） |  |
| 所有手帳又は証書書類 | ☑　国民年金証書（　　　　１級　　　　　　）  □　身体障害者手帳（　　　　　　　　　　　　）  □　診断書  □　転入前の広域連合長の障害認定証明書  □　その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| 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　××月　△△日**  茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛て | | |