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		☐ 新規申請　☐ 変更申請　☐ 喪失申請		
申請事由		☐ 新規に障害認定されたため ☐ 障害認定が継続されたため ☐ その他の理由により障害認定されたため （　　） ☐ 障害認定の資格を変更したため ☐ 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	☐ １級　☐ ２級　☐ ３級　☐ ４級		
	療育手帳	☐ Ａ１　☐ Ａ２		
	精神所障害手帳	☐ １級　☐ ２級		
	国民年金証書	☐ １級　☐ 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　　印