

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

		新規（変更・喪失）		変更前		事由			
被 保 険 者	フリガナ					1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 他広域からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ）			
	氏名		性別						
			男・女						
	個人番号			/					
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日				
	住所								
世帯主との続柄									
世 帯 主	フリガナ					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 県内市町転出入 <input type="checkbox"/> 市町内転居 <input type="checkbox"/> その他 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ）			
	氏名		性別						
			男・女						
	個人番号			/					
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日				
住所									
所有手帳又は 証拠種類	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級	3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域への転出 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ）			
	療育手帳	A							
	精神障害者 保健福祉手帳	1級	2級						
	国民年金証書	1級	2級						
	障害種別その他								
（宛先）石川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）します。 平成 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____									