

様式第1号（第2条、第3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 | | 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 | | 男・女 | |
| 生年月日 | M・T・S | 年 月 日 | |
| 住所 | (連絡先電話番号： - -) | | |
| 申請区分 | (資格取得・喪失日： 年 月 日) | | |
| 申請事由 | | | |
| 所有手帳 又は 証書種類 | | | |

滋賀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 住所

氏名

受付（ ）