

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）届出書

窓口に来られた方

届出者名	南房総 次郎	本人との関係	子
届出者住所	南房総市富浦町青木〇〇番地	連絡先電話番号	0470-33-0000

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ	ミナミボウソウ タロウ	
氏名	南房総 太郎	
生年月日	昭和15年4月1日	
住所	南房総市富浦町青木〇〇番地	
申請区分	障害認定	
申請事由		
所有手帳又は証書種類	障害の状態を確認できるもの（障害者手帳、国民年金証書など）のコピーを添付してください。	

(あて先) 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。

令和 4年10月 5日

申請者 南房総 太郎

書類の提出日。
申請者は被保険者本人
の名前を記入してくだ
さい。