|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第２号（第５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 | |  | |  | |  |
| 個人番号 | |  | | | |  |
| 生年月日 | |  | | | |  |
| 住所 | |  | | | |  |
|  | |
| 申請区分 | |  | | | |  |
| 申請事由 | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 所有手帳又は証書種類 | |  | | | |  |
|  | |
| 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿  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 | | | | | | |