|  |
| --- |
| 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 |