様式第１号（第２条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書（　新 規　・　更 新　）

太枠の中を記入してください。　　平成　　年　　月　　日

窓口に来られた方	氏　　名	本人との関係
	連 絡 先	

被保険者番号	個人番号

（フリガナ）		性別
氏　　名		男　・　女
生 年 月 日	年　　月　　日	
住　　所	広島県	
医療保険の加入状況	（被保険者，組合員又は世帯主の氏名） （記 号 番 号　　）	
	（保険者の名称） （保険者番号　　）	
認定希望日（更新日）	平成　　年　　月　　日	
障害の状況	次の書類のとおり。 **国民年金証書**（　□１級　□２級　） **身体障害者手帳**（□１級　□２級　□３級 ４級〔下肢 □１号　□３号 □４号　□音声･言語〕） **精神障害者保健福祉手帳**（　□１級　□２級　） **療　育　手　帳**（　□Ⓐ　□Ａ　）	□診　　断　　書 □転入前の都道府県後期高齢者医療広域連合長の障害認定証明書 □その他 （　　）

広島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，法第５０条第２号の障害認定を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住　　所

氏　　名　　㊞

被保険者証送付日	平成　　年　　月　　日			被保険者証を受領しました。 （サイン）
被保険者証回収日	平成　　年　　月　　日			
システム入力者		システム確認者		確認書類　免許証・その他（　　）

（備考）

□　減額認定証の交付の必要性の確認　　□　特定疾病証の交付の必要性の確認

市区町受付印