

# 〈 記 入 例 (障害認定申請) 〉

障害認定を申請する場合、標題の「及び資格取得(変更・喪失)届出」の語句を抹消してください。

様式第1号(第2条、第3条、第4条、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

①から⑧までの欄のうち該当欄に所要事項を記入してください。

⑦医療保険の加入状況は、障害認定により後期高齢者医療制度の被保険者となられる前に加入されていた医療保険について記入してください。

⑧障害認定の基礎となった書類にチェック(レ点)し、障害の等級を記入してください。また、届出にあたっては申請書裏面6(1)のとおり書類を添付してください。

申請者(記入された方)が被保険者の代理人である場合、依頼を受けた日を記入してください。

また、この申請書のほかに委任状、記入された方の本人確認書類(運転免許証など)の提示が必要です。

	取得(変更・喪失)	変更前	事由
①フリガナ	コウイキ タロウ		1. 取得 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他広域連合より転入 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他( ) 上記の事由発生年月日( . . . ) 2. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域連合区域内転居 <input type="checkbox"/> 同一市町内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例の適用 <input type="checkbox"/> 住所地特例の解除 <input type="checkbox"/> 継続住所地の変更 <input type="checkbox"/> その他( ) 上記の事由発生年月日( . . . ) 3. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合へ転出 <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 住所地特例の解除 <input type="checkbox"/> その他( ) 上記の事由発生年月日( . . . ) <input type="checkbox"/> 送付先変更届出あり <input type="checkbox"/> 資格確認書発行 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書発行 <input type="checkbox"/> その他( ) 証回収年月日( . . . )
②氏名	広域 太郎		
③生年月日	明・大・ <u>昭</u> 3年2月1日	明・大・昭 年 月 日	
④被保険者の住所	〒840-0201 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地 TEL: 0000-00-0000	〒 TEL:	
⑤被保険者番号			
⑥個人番号	※障害認定申請、生活保護廃止の場合は、個人番号の記入は不要です。		
⑦医療保険の加入状況	(被保険者、組合員又は世帯主氏名) 広域 太郎		
	(世帯主住所) 佐賀県佐賀市大和町尼寺1870番地		
	(世帯主との続柄) 本人		
	(被保険者又は組合員証の記号番号) 9876543210		
⑧障害の状況	(保険者の名称) 高齢者医療 株式会社		
	(保険者の所在地) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1111番地		
	障害認定の基礎となった書類 <input type="checkbox"/> 国民年金証書 ( 級 号 ) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 佐賀県 号 1級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳( 県 障害程度 判定 手帳番号 ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳( 県 級 手帳番号 ) <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の後期高齢者医療広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他( ) 障害の状況 号該当		
	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(記入された方) 住 所 〒 840-0201 佐賀県佐賀市大和町尼寺1870番地 佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様 氏 名 広域 花子 電話番号 0952-64-8476 被保険者との関係( 妻 ) ※障害認定及び撤回の場合 被保険者から依頼を受けた日( ○○年○○月○○日)		
備考			