

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）届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所			
申請区分			
申請事由			
所有手帳又は証書種類			

香川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

申請者 氏名