

〈 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」の語句を抹消します。

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。

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

	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 checked="" type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生日(〇・〇・〇)
②氏名	広域 太郎		2. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域連合区域へ転居 <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() 上記の事由発生日(. . .)
③生年月日	明・大・ 昭 3年 2月 1日	明・大・昭 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() 上記の事由発生日(. . .) <input type="checkbox"/> 送付先変更届出あり <input type="checkbox"/> 被保険者証発行 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証発行 <input type="checkbox"/> 資格証明書発行 届出年月日(. . .)
④被保険者住所	〒 佐賀県佐賀市大和町大字 尼寺 1870 番地 Tel:	〒 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、個人番号の記入は不要です。 記入不要		
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		
	(世帯住所) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺 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。 〇 年 〇 月 〇 日 申請者(記入された方) 住 所 〒 - 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺 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) ※障害認定及び届出の場合 被保険者から依頼を受けた日 (〇 年 〇 月 〇 日)	
備考			

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付口 [. . .]	受付者名 [] ・ 郵送
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請制票通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入居施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を小十公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他()	
番号確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認	

〔広域連合処理欄〕

受付日	業務課長	副課長	係長	資格課係	担当	備考
						<input type="checkbox"/> 確認

記入しないでください。