

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	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
個人番号		
生年月日	【明治・大正・昭和】 年 月 日	
住所	〒 -	

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 継続申請 <input type="checkbox"/> 転入申請 <input type="checkbox"/> その他申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 資格取得事由 () <input type="checkbox"/> 資格変更事由 () <input type="checkbox"/> 資格喪失事由 ()	
所有手帳 及び 証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳2級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳4級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 療育手帳B1 <input type="checkbox"/> 療育手帳B2 <input type="checkbox"/> 国民年金証書1級 <input type="checkbox"/> 国民年金証書2級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳2級 <input type="checkbox"/> その他 ()	

宮崎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（申請・届出）いたします。

年 月 日

申請者 住所

氏名