

様式第4号(第3条関係)

後期高齢者医療障害認定・特定疾病認定証明書交付申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住 所
氏 名

年 月 日 都道府県 市区町村に転出することに伴い
障害認定証明書・特定疾病認定証明書の交付を受けたいので、長野県後期高齢者医療広域
連合後期高齢者医療に関する規則第3条第3項の規定により申請します。