

様式第18号(第24条関係)

介護保険支払方法変更(償還払い)終了申請書

米原市長 様

次のとおり、支払方法変更(償還払い)終了申請します。

| | | |
|-------|--------|-------|
| | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|--|--|--|----|-----|--|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | 性別 | 男・女 | | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | 1 公費負担医療の受給 2 災害 3 重大な障がいまたは長期入院 4 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | * 著しい減少の場合は 4 その他を選択、完納の場合は選択不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|--|
| |
|--|