

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		
		
		
		

--