様式第14号(第15条関係)

介護保険支払方法変更(償還払い)終了申請書

　　都留市長　様

　　次のとおり、支払方法変更(償還払い)終了を申請します。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　重大な障害又は長期入院　　　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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |