様式第69号

介護保険支払方法変更(償還払い)終了申請書

小野町長　　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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | フリガナ |
| 　 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　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 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　 |