

様式第47号(第25条関係)

介護保険支払方法変更(償還払)終了申請書

砥部町長 様

次のとおり、支払方法変更(償還払)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		

--