別記様式第33号（第22条第3項関係）

介護保険支払方法変更（償遠払い）終了申請書

和 寒 町 長　　　　　　　　　　様

次のとおり、支払い変更（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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |