様式第4号(第4条関係)

　(宛先)

　　鳴門市長

介護保険給付の支払方法変更(償還払い化)終了申請書

　次のとおり、支払方法変更(償還払い化)の記載の終了を申請します。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 被保険者氏名 | ふりがな | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| ※滞納額の著しい減少の場合は、4　その他を選択してください。 | | | | | | | | | | | | |
| ※必要に応じて、根拠となる書類を提出していただくことがあります。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |