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 |  |  |
| 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。 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |