

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。						