

第40号様式(第36条関係)

介護保険支払方法変更(償還払い)終了申請書

宮代町長 様

次のとおり、支払方法変更(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							
被保険者氏名	フリガナ						
生年月日	明・大・昭	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						

--	--	--	--	--	--