様式第39号（第26条関係）

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

　　二戸地区広域行政事務組合管理者　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 |  | 個人番号 |  |
| 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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |