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 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
|  |