様式第49号（第45条関係）

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

　遠野市長　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 |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |