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 |  |
|  |
|  |
|  |